Nr 1. Kraków, 7 stycznia 1911. Rok L.

Redakcya: Collegium medicum. Telefon 166.
Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w **Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOW. LEK. POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują **w Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., **w Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cite de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętości 1 kor.

Do dzisiejszego numeru załącza się: 1) prospekt **fabr. chem. Dr. R. Scheuble & Dr. A. Hochstetter** p. t.: **„Nowojodyna"**, 2) prospekt **laborat. farmac. apteki Fort. Gralewskiego w Krakowie.**

Rok L. Kraków, dnia 7 stycznia 1911. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag.

Z kazuistyki śmierci z postrzału. Samobójstwo, czy morderstwo?

Podał

Prof. Wachholz.

Do najtrudniejszych zagadnień, z jakimi spotyka się znawca lekarski, należy rozstrzygnięcie pytania, czy gwałtowna śmierć pewnej osoby była wynikiem nieszczęśliwego przypadku, działania własnej, czy też obcej ręki. Wielka trudność rozwiązania tego zagadnienia, zwłaszcza, gdy chodzi o rozstrzygnięcie między samobójstwem a morderstwem, tkwi w tem, że w liczbie »przerażająco« wzmagających się z roku na rok samobójstw [1]) zdarzają się tak zwane samobójstwa symulowane, t. j, morderstwa o pozorach samobójstwa, dla których zdemaskowania znawca lekarski nie posiada, albo w o g ó l e żadnych pewnych, lub w d a n y m szczególnym przypadku żadnych pewnych sposobów, względnie kryteryów. Czemże bowiem może wyróżniać się, ogólnie biorąc, na stole sekcyjnym obraz anatomiczny zbrodniczego a samobójczego otrucia, powieszenia lub postrzału, który zadany był z pobliża? Odpowiedź łatwa. Nie wyróżnia się niczem, o ile zwłaszcza od chwili zbrodniczego działania ręki obcej do chwili zejścia śmiertelnego ofiara zbrodni niema świadomości, co się z nią dzieje i nie stawia napastnikowi oporu. W przypadkach takich tylko okoliczności, towarzyszące im, wykryte przez śledztwo, mogą rzucić wyjaśniające światło na ich genezę. Światło to może być rozstrzygające dla oskarżyciela i sędziego, dla znawcy lekarza, o ile ono tylko nie stanowi przyrodniczo-lekarskiego dowodu, nie może być stanowczym wskaźnikiem samobójstwa lub morderstwa. Pomijając »pierwsze wrażenie«, jakie dany przypadek budzi, a które dla publiczności zwykło być rozstrzygającem w ocenie, czy chodzi w nim o samobójstwo, czy też o morderstwo, ważną dla sędziego jest okoliczność, czy daje się wykazać motyw, dla samobójstwa konieczny. Tymczasem wiemy, że nie we wszystkich przypadkach samobójstw motyw daje się wykryć; Gross liczy 37% samobójstw bez znanego motywu, a już Voltaire wyraził, niestety tylko »pium desiderium«, aby samobójcy pozostawiali na piśmie wyjawienie powodu, który ich skłonił do samobójstwa. A zresztą i pismo i motyw w notorycznym przypadku zbrodni mogą być obcą ręką podrobione.

Jeżeli zatem w danym przypadku śmierci gwałtownej dokładne i sumienne badanie lekarskie nie dostarczy przedmiotowego lekarskiego dowodu, albo samobójstwa, albo zbrodni, to znawca lekarz nie może inaczej postąpić, jak tylko pozostawić pytanie to nie rozstrzygnięte, względnie może wówczas, analizując dany przypadek na podstawie momentów nie lekarskich, śledztwem stwierdzonych, podnieść okoliczności, przemawiające za lub przeciw jednej lub drugiej ewentualności. Trudność oceny podobnych przypadków podnosi niepomiernie ich przypadkowy rozgłos, wtedy bowiem, pomijając już możliwość suggestyi i uprzedzenia, czuje znawca lekarski całą swą bezsilność wobec wymagań, z jakiemi zwraca się doń sprawiedliwość, a nadto opinia publiczna, stająca raz po stronie oskarżenia, raz po stronie obrony, rzadziej dzieląca się na przeciwne obozy. Wobec opinii publicznej, wobec zdania powziętego na podstawie nie lekarskich szczegółów danego przypadku, staje się w opinii szerokiego ogółu każde orzeczenie lekarskie, z niemi niezgodne lub nie stanowcze podejrzanem, błędnem, nie stojącem na wysokości nauki, a lekarz znawca stronniczym, nieukiem, a nawet przekupionym.

»Wszyscy sądzą, to prawda« — powiedział Jan Czeczot — »ale też prawda mało na tem wygrywa. Sędziego ciężki jest urząd; długo się trzeba sposobić, wiele znać, wiele umieć; mieć zdanie zdrowe, czyste, mieć rozum wielki«. Znawcy urząd równie ciężki, dłużej jeszcze trzeba się doń sposobić, wiele znać i umieć, a mieć rozum, aby wypowiadać to tylko, co odpowiada prawdzie naukowej bez względu na to, czy się swem zdaniem dogodzi kapryśnej i zmiennej opinii ludzkiej, która, jak się to tak dosadnie sprawdziło na osobie prof. Tardieugo w Paryżu, dziś znawcę uznaniem uczoności i zdolności darzy, aby go już jutro odsądzić od wszelkich kwalifikacyi. Rozgłośne przypadki sądowo-lekarskie obudzają zawsze i wszędzie niezawodową krytykę, która w roznamiętnieniu zapomina o tem, że nauki ludzkie wogóle, a w szczególności nauki lekarskie mają każdego czasu położony kres, poza który ich przedstawiciel nie może w swem zdaniu się wysunąć, jeśli nie jest obdarzony nadludzkim darem proroczym, a chce pozostać w zgodzie ze swem sumieniem i ze swojem zawodowem wykształceniem.

Po tych kilku ogólnych uwagach przechodzę do przedstawienia trzech przypadków śmierci z postrzału, w których stanowcze rozstrzygnięcie między samobójstwem, a morderstwem na podstawie lekarskiej było niemożliwe

a z których pierwszy nabrał nieledwie światowego rozgłosu.

I. Zagadkowa śmierć Dra Lewickiego.

Wczesnym rankiem 5. czerwca 1909 zastano Janinę Borowską, l. 30 liczącą, zamężną studentkę Wydziału lekarskiego, sam na sam w mieszkaniu Dra Lewickiego z nim samym, leżącym na podłodze w stanie nieprzytomnym, ubranym tylko w koszulę, okrytym kocem, z głową opartą o poduszkę, położoną na wezgłowniku otomany. Prawe oko Dra Lewickiego było okolone sinym obrzękiem, na skroni była widoczną mała rana postrzałowa. Z wyjątkiem śladów smugowatych roztartej krwi na kończynach dolnych rannego, nie dostrzeżono zresztą na jego ciele, w szczególności na twarzy, plam krwawych Na podłodze około głowy rannego znaleziono szeroką plamę świeżo wytartej krwi, a nieco dalej pod szafą na obwodzie plamy nieco niestartych wymiocin. Pod otomaną, znajdującą się w pobliżu, znaleziono rozbitą lampę naftową stołową, z której rozbitego klosza walały się szczerby przed otomaną. Janina Borowska, która od niespełna roku była klientką Dra L. z powodu głośnego procesu, jaki wytoczyła redakcyi dziennika »Naprzód« o obrazę czci, popełnioną przez zamieszczanie znanych rewelacyi Burcewa i Bakaja, a w szczególności nazwiska jej na liście ajentów prowokatorów z czasu rewolucyi w Rosyi, i z którą nawiązał bliższe stosunki Dr L., zeznała tak w śledztwie, jak i w czasie rozprawy, iż przybyła krytycznego wieczoru, a raczej późną już nocą wspólnie z Drem L. do jego mieszkania. Ponieważ stosunki jej bliższe były już od dłuższego czasu z Drem L. zerwane, miał jej Dr L. zwrócić listy, przez nią do niego pisane, w zamian za listy swe własne, do niej wysyłane. Zarazem usiłował ją jeszcze raz skłonić do złożenia w swej sprawie honorowej fałszywych, a dla siebie korzystnych zeznań. Gdy usiłowania te nie odnosiły skutku, miał wedle zeznań Borowskiej, Dr L. strzelić nagle do siebie z rewolweru browninga w chwili, gdy siedział na otomanie. Po strzale miał spaść z otomany na podłogę i przewrócić wtedy lampę, która przy upadku na podłogę rozbiła się i zgasła. Stać się to miało nad ranem. Borowska po ochłonięciu z pierwszego wrażenia, zapaliła inną lampę, a przekonawszy się, że Dr L. jest przytomny, chciała wrzekomo wezwać pomocy lekarskiej, lecz nie uczyniła tego wrzekomo wskutek sprzeciwienia się Dra L. Dopiero, gdy Dr L. stracił przytomność, wezwała nad ranem telefonicznie pomocy zrazu profesora chirurgii, a następnie z jego polecenia pomocy Pogotowia ratunkowego, które przewiozło Dra L. w stanie nieprzytomnym do szpitala. Tutaj zmarł też Dr L. koło południa. Przy przewiezieniu Dra L. karetą ratunkową dopomagała Bor., trzymając wśród jazdy głowę jego na swych rękach. Również miała obwiniona, wrzekomo po strzale, zmywać ranę na skroni wodą i okładać ją ręcznikiem zwilżonym wodą. Obwiniona po ochłonięciu z pierwszego wrażenia po strzale, widząc, że Dr L. miał być przytomnym, sądziła wrzekomo, iż się tylko nieszkodliwie postrzelił, aby ją w ten sposób skłonić do poczynienia zeznań, dla jego sprawy honorowej korzystnych.

W ciągu śledztwa stwierdzono, że wprawdzie ś. p. Dr L. dwukrotnie w latach swych młodzieńczych wykonał nieudane zamachy samobójcze, lecz w czasach ostatnich zamiarów takich nie objawiał, owszem korzystał z dobrobytu i z życia, a nawet wieczorem przed nocą krytyczną omawiał z kilku osobami swą obronę w rozprawie karnej, jaka nazajutrz miała się odbyć, nadto czynił projekty co do podróży, jakie zamierzał niebawem dla rozrywki odbyć. Obwinionej objawiał wobec różnych osób swą niechęć w sposób szorstki, również wyraził kilkakrotnie swą obawę przed nią. Atoli mimo tej obawy sypiał sam w swem mieszkaniu, chociaż nawet przekonał się był o tem dowodnie, iż go wbrew jego woli naszła w niem o niezwykłej porze kobieta, w której domyślano się obwinionej. Od czasu do czasu sypiał u Dra L. pewien rygorozant medycyny, a był on w tym celu zaproszony także i na noc krytyczną. Przyszedł on z wieczora do mieszkania Dra L. w oznaczonej godzinie, jednak zastał drzwi mieszkania zamknięte, a na jego pukanie nikt nie odpowiedział, choć stwierdził, że w sypialni zmarłego się świeciło.

Obwinioną widziano w mieszkaniu Dra L. ostatni raz koło godziny 6 wieczorem przed krytyczną nocą. W jaki sposób dostała się ona nocą do mieszkania, czy wedle swego zeznania wspólnie z Drem L. koło godziny 11 w nocy, czy też w mieszkaniu tem się ukryła o godzinie 6 wieczorem i w niem na powrót Dra L. czekała, czy też wreszcie skorzystała z wiadomej sobie kryjówki klucza od mieszkania Dra L., i dobywszy stamtąd klucz, mieszkanie to późniejszym wieczorem sobie otworzyła, nie dało się stanowczo stwierdzić.

Przy rewizyi mieszkania znaleziono w kuchennym piecu kłąb spalonych papierów, z których wezwany z Wiednia znawca nie zdołał nic pewnego odczytać. Obwiniona zeznała, że z polecenia Dra L. po strzale już spaliła wspólną korespondencyę. Tymczasem i tak znaleziono jeszcze listy, z których dały się wysnuć wnioski o stosunku obwinionej z Drem L. Ze szczątków jednego z tych listów obwinionej do Dra L. wynikało niedwuznacznie, że przyszło między nimi do zerwania wszelkich stosunków, czego dowodem było także podarcie przez obwinioną na kawałki fotografii Dra L. w jego mieszkaniu i obecności dnia 3. czerwca. W wiaderku od wody znaleziono szczątki brulionu listu obwinionej do jej męża, z których wynikał zamiar jej zakończenia samobójstwem. Również znaleziono w mieszkaniu obwinionej kartkę, pisaną jej ręką, zawierającą dyspozycyę co do umieszczenia jej dziecka, flaszeczkę z morfiną i prośbę, aby ciała jej nie poddawano sekcyi, gdyż morfina wyjaśnia dostatecznie przyczynę śmierci. Wreszcie znaleziono w kącie sypialni denata przy ścianie za otomaną gilzę wystrzelonego naboju z browninga po usunięciu stamtąd siennika, na którym nocy krytycznej spał pies legawy Dra L., dobrze znany obwinionej. Ten ostatni szczegół posłużył do badań i prób, dokonanych z krytycznym browningiem w mieszkaniu Dra L. przez wezwanych znawców broni.

Dnia 6. czerwca dokonane oględziny zewnętrzne zwłok ś. p. Dra L. wykazały:

1) Zwłoki mężczyzny dobrze zbudowanego i odżywionego, 180 cm. długie, plamy pośmiertne rozległe na miejscach zwykłych, wyraźne, stężenie pośmiertne wszędzie utrzymane.

2) Na szczycie środka czoła nieregularne, półkoliste, $4^1/_2$ ctm. długie otarcie naskórka, pergaminowo zaschnięte.

3) Nad zewnętrznym odcinkiem łuku brwiowego prawego na granicy guza czołowego prawego, a skroni prawej rana okrągła, $^1/_2$ cm. średnicy licząca, drążąca w głąb czaszki, wydzielająca nieco wiotko skrzepłej, ciemnej krwi. Otoczenie rany tej obrzmiałe, a obrzmienie to przechodzi w obrzęk i zasinienie obu powiek oka prawego. W otoczeniu rany niema nigdzie zaczernienia sadzą, za to są liczne, gęsto obok siebie ułożone punkciki krwawe, wielkości małej główki od szpilki, koncentrycznie dookoła rany tej w średnicy 4 cm. rozmieszczone, a na nich szarawe, drobne naloty.

Nad tylnym odcinkiem kości ciemieniowej lewej rana skośnie z góry i przodu ku dołowi i tyłowi nieco na lewo biegnąca, 1 cm. długa, o brzegach nierównych, nieco miażdżonych przenikająca powłoki skórne. Cała twarz sino-czerwona, skrzepłą krwią i krwawą zaschniętą pianą z ust powleczona.

5) Obie dłonie i dłoniowe strony palców rąk, mniej zaś strony grzbietowe tychże skrzepłą krwią w kilku miejscach w cienkiej warstwie pokryte. Obie ręce, zwłaszcza prawa, nie są zaczernione, ani nigdzie obrażone.

6) W środku zewnętrznej powierzchni przedramienia prawego 3 w odstępie 2 cm. od siebie ułożone ranki okrągłe, jakby od ukłucia szpilki — w otoczeniu ich sinawa skóra.

7) Oba uda, podudzia i stopy rozmazaną krwią zaschniętą powleczone z kilku kroplistymi, zeschniętymi śladami krwawymi na przedniej stronie stawu skokowego lewego. Członek męski nieobrażony za uciskiem nie wydziela się z cewki moczowej żadna treść.

(C. d. n.).

Z pracowni dyagnostyki lekarskiej Uniwersytetu Kazańskiego.

Przyczynek do nauki o polycythaemia rubra.

Podał
Prof. Dr Witold Orłowski.

Wśród spraw chorobowych, które cieszyły się w ostatnim czasie szczególniejszem zainteresowaniem hematologów w szczególności i klinicystów wogóle, jedno z pierwszych miejsc zajmuje policytemia. Mimo, że w piśmiennictwie opisano już sporo przypadków tej choroby, do dziś dnia nie rozstrzygnięto nietylko wielu doniosłych pytań, dotyczących tej sprawy chorobowej, lecz nie wyczerpano w dostatecznej mierze nawet klinicznego jej obrazu. Jedni np. do rzędu istotnych policytemii zaliczają tylko t. zw. samoistne jej postacie, inni znów także policytemie przy wrodzonych wadach serca, niektórych schorzeniach płuc (rozedma płuc, odma opłucna i t. d.), przy wznoszeniu się na wysokości, zatruciach fosforem, tlenkiem węgla, jadami drobnoustrojów, przy niektórych chorobach nerwowych i t. d. Vaquez [1]), Osler [2]) i szereg innych autorów wyodrębniają »polycythaemiam megalosplenicam«, jako samoistną postać chorobową, Giesböck [3]) opisuje osobną postać pod nazwą »polycythaemia hypertonica«, nadzwyczaj z objawów podobną do postaci Vaqueza, Stern [4]) nie uznaje wogóle samoistności policytemii, jako jednostki nozologicznej, uważając ją tylko za objaw chorobowy, nie zaś chorobę. Nie ulega wątpliwości, że te i inne różnice w poglądach badaczy na policytemię zależą w znacznej mierze od niedostatecznego opracowania materyału klinicznego, wobec czego pojęciem policytemii są obejmowane różne w rzeczywistości sprawy chorobowe. Wygłaszając to zdanie — pierwszy z podobnem zdaniem występował Türk [5]), — nie mam na myśli, rzecz prosta, t. zw. policytemii względnych, które spostrzegamy w razie obfitych strat płynów przez ustrój z następowem znacznem zgęszczeniem krwi. Można przypuszczać, że ściślejsze badanie innych postaci policytemii doprowadzi do wyodrębnienia osobnych jednostek klinicznych na wzór tego, jak z ogólnego pierwotnego pojęcia o chorobie Brighta wyodrębniono osobne postacie zapaleń nerek. Wychodząc z tego założenia, skorzystałem ze spostrzeżenia 2 przypadków policytemii i poddałem je szczegółowemu badaniu.

Przypadek I. N. F., 35 lat, urodzony w gubernii Orenburskiej, z zawodu kupiec, zgłosił się do mnie 3 II. 1908 r. ze skargami na ogólną słabość, zawroty głowy, szum w uszach, zaparcie stolca. Chory pochodzi ze średnio zamożnej rodziny, ojciec pił dużo napojów wyskokowych, jednak nie chorował, matka cierpiała stale na niedokrwistość. W dzieciństwie chory był zdrów, do 10 lat jednak przebył płonicę i odrę; w 33. roku życia przebył ciężką grypę, powikłaną z zapaleniem płuc; po tej chorobie długo czuł się osłabionym. Latem r. 1906 leczył się kumysem, co go wzmocniło. Po tem leczeniu rozpoczął znowu wytężającą pracę. Na wiosnę r. 1907 znów poczuł bez widocznych przyczyn osłabienie; przypisywał je przemęczeniu. Jesienią tegoż r. 1907 zauważył stałe zaczerwienienie twarzy, lecz nie nadawał temu szczególniejszego znaczenia. W grudniu 1907 r. do tych objawów dołączyły się zawroty głowy, szum w uszach i skłonność do zaparcia.

Badanie przedmiotowe: Chory wzrostu średniego, budowa ciała i odżywienie dobre; powłoki zewnętrzne twarzy i małżowin usznych barwy nasycono-czerwonej; tejże barwy błony śluzowe warg, policzków, języka, dziąseł, gardła i spojówki oczne; w mniejszym stopniu zabarwione powłoki wewnętrzne kończyn górnych; silniejsze zabarwienie wykazują dłonie; przy ucisku na miejsca czerwone zblednięcie ich nie następuje; na twarzy na ogólnem tle czerwonem wyróżniają się drobne rozszerzone naczynia. Układ chłonny i narządy klatki piersiowej nie okazują nieprawidłowości. Opukiwanie kości niebolesne. Tętno 70, oddechów 18 na 1′. Ciśnienie krwi według Gärtnera 100, według Riva-Rocciego 135. Wątroba wyczuwalna na 4 palce pod łukiem żebrowym, zbita, niebolesna, gładka, o brzegu zaokrąglonym. Śledziona niewyczuwalna, opukowo nie zwiększona. Moczu na dobę 1600 cm., cięż. właść. 1,025, odczyn kwaśny, indykan i urobilina w ilości zwiększonej, białka, cukru i innych składników nieprawidłowych mocz nie zawiera. W dalszym ciągu w czasie dwutygodniowej obserwacyi ilość moczu wahała się na dobę w granicach 1200—1700 cm., ciężar właściwy 1,020—1,025, białka i wałeczków nie było. Badanie krwi wykazało, jako średnie dane z badań 4. II. 5. II. i 12. II.: Krwinki czerwone wielkości prawidłowej układają się prawidłowo w rulony, zrzadka zdarzają się megalocyty; komórek macierzystych krwinek czerwonych (erytroblasty) nie znalazłem. Hemoglobiny (Sahli) 145%, krwinek czerwonych w 1 mm 11.560,400, białych 6500, ciężar właściwy krwi 1,072, surowicy krwi 1,028; wskaźnik (Färbeindex) = 0,627, zasadowość krwi, oznaczona alkalimetrem Engla po sprostowaniu wskazań przyrządu, zgodnie z wykazaną przezemnie [14]) w swoim czasie pomyłką, wynosi 426 mgr. NaOH w 100 cm krwi; lepkość krwi (Hess) = 11,8 (prawidłowo 4,57) Limfocytów 29%, postaci dojrzałych 4,5%, przejrzałych (wielojądrzastych neutrofilnych) 64%, eozynofilnych 2%, komórek tucznych (Mastzellen) 0,5%. Zawartość wody w całkowitej krwi 64,3%, substancyi stałych 25,7%, sucha pozostałość surowicy 8,6%, azot całej krwi (według Kjeldahla) 4,03%. więc białka w niej 25,2 gr. (%). Badanie przemiany azotowej dało wyniki następujące:

Pokarm 5-dniowy	Azotu w pokarmie 5-dniowym	Dni badania	Mocz: Dobowa ilość	Mocz: Mocznik	Mocz: N mocznika	Mocz: Ogólny azot	Mocz: N innych substancyi
Mięsa 1500 gr.	54,675	6. II.	1050	24,502	11,461	15,321	3,86
Bulionu mięsnego 1000 cm	1,0	7. II.	1720	25,478	11,889	14,825	2,936
Chleba 1000 gr.	31,5	8. II.					
Masła 250 gr.	1,1	9. II.	1675	28,352	13,230	15,250	2,02
Mleka 2500 gr.	0,975	10. II.	1800	26,455	12,345	14,675	2,32
Cukru 250 gr.	—	—					
Herbaty 500 cm.	—	—	1735	26,565	12,396	14,720	2,324
Razem	95,25 gr.		8580	131,412	61,321	74,791	13,47

Kał: Ilość	500 gr.
Kał: N kału	11,8 gr.
N moczu i kału	86,591 gr.
% wymiany N	89,62%
% przyswajania N	87,61%

Równoważnik Robina, więc. % stosunek N mocznika do całkowitego N moczu wynosi 82%; % stosunek N substancyi wyciągowych moczu do N mocznika 10,25.

Przypadek II. A. N. ziemianin, 35 lat, urodzony w Tambowskiej zgłosił się do mnie 9. III. 1908 r. ze skargami na bóle głowy, zawroty głowy, ogólne osłabienie, czasami bicie serca; wszystkie te objawy zjawiły się przed 1½ roku; w dzieciństwie przebył płonicę, kilkakrotnie grypę; w 23 r. życia zakaził się kiłą, którą leczył niedokładnie; abusus in Baccho et in Venere. Chory wzrostu średniego, budowa ciała mierna, odżywienie dostateczne. Powłoki zewnętrzne, zwłaszcza głowy, barwy nasyconoczerwonej, na nosie i policzkach oddzielne rozszerzone naczynia krwionośne; widzialne błony śluzowe barwy fioletowoczerwonej. Tętnice obwodowe zmian miażdżycowych nie przedstawiają, żyły rozszerzone, zwłaszcza na szyi i kończynach górnych; wypełnione żyły opadają przy podniesieniu kończyny górnej bardzo powoli. Ucisk na nieprawidłowo zabarwioną skórę nie wywołuje zupełnego zblednięcia. Tony serca czyste, nie zaostrzone, lewa granica bezwzględnego przytłumienia sercowego znajduje się na zewnętrznym brzegu otoczki lewego sutka, inne granice są prawidłowe. Płuca, wątroba, śledziona i przewód pokarmowy zboczeń nie okazują. Tętno 75 na 1', napięte; ciśnienie krwi według Gärtnera 150 mm., według Riva-Rocciego 205 mm. Oddechów 16 na 1'. Badanie krwi wykazało jako średnią z badań 10, III., 11. III. i 18. III.: Krwinki czerwone prawidłowej wielkości i kształtów, układają się dobrze w rulony; poikilocytozy i wielobarwliwości krwinki czerwone nie okazują; erytroblastów niema; hemoglobiny 130% (Sahli), krwinek czerwonych w jednym mm 8.708,300, wskaźnik (Färbeindex) = 0,746, krwinek białych 10,200, limfocytów 22,5%, dojrzałych 3,8%, przejrzałych 72,5%, eozynofilnych 1,2%; ciężar właśc. krwi 1,065, surowicy 1,028, sucha pozostałość krwi 24,98%, surowicy 8,02%, N we krwi całkowitej (wzięto z żyły zgięcia łokciowego) 3,9%, więc białka w niej 24%, N w surowicy 1,2%, białka w niej 7,5%; zasadowość krwi 319,8 mm. Moczu na dobę 1830 cm³, cięż. wł. 1,008, indykan i urobilina w ilości zwiększonej; białka, cukru i innych składników nieprawidłowych niema; w odwirowanym osadzie śluz i pojedyncze leukocyty. W ciągu obserwacyi do 25. III. ilość moczu na dobę wahała się w granicach 1700—2000 cm³, ciężar właściwy 1,012—1,007; białka ani razu w moczu nie było. Badanie przemiany azotowej, które przeprowadziłem, zwłaszcza wobec tego, że przy policytemii tej formy takiego badania, o ile wiem, nie ogłoszono dotychczas, wykazało, co następuje (ob. tablicę):

Pokarm 5-dniowy	Azotu w pokarmie 5-dniowym	Dni badania
Mięsa 1400 gr.	49,28	12. III
Balionu mięsnego 820 cm.	0,492	13. III.
Chleba 1000 gr.	43	14 III.
Mleka 2400 cm.	14.4	15. III
Masła 250 gr.	1,405	10. III
Cukru 250 gr.	—	—
Herbaty 5000 cm.	—	—
Razem	98,577 gr.	

Mocz: Dobowa ilość	Ogólny N	Mocznik	N mocznika	N innych substancyi
1700	17,235	32,256	15,05	2,185
1810	18,410	33,15	15.47	2,94
1850	17,84	33,58	15,67	2,17
1780	17,045	32,20	15,05	2,595
1825	17,322	32,90	15,38	1,942
8985	88,452	104,206	70,02	11,832

Kał: Ilość	630 gr.
Kał: N kału	8,822 gr.
N moczu i kału	97,274 gr,
% wymiany N	98,55%
% przyswajania N	91,05%

% stosunek N mocznika do całkowitego N moczu (równoważnik Robina) wynosi 86,02%, % zaś stosunek N substancyi wyciągowych moczu do N mocznika wynosi 15,4%.

Przechodzę teraz do omówienia spostrzeganych przezemnie przypadków. Pierwszy z nich jest to »polycythaemia rubra« Vaqueza. Za tem rozpoznaniem przemawia przedewszystkiem ogromna liczba krwinek czerwonych w 1 mm., mianowicie, 11.560,400, więc liczba, nietylko przewyższająca prawidłową (5.000,000), lecz nawet te 8,872000, które według obliczeń Reinerta, mogą się zmieścić w 1 mm krwi człowieka przy zwykłej wielkości krwinek. Liczba krwinek czerwonych w moim przypadku znacznie przewyższała średnie 8—9 milionów, które zaznacza większość badaczy przy policytemii, krwinki w moim przypadku miały jednak, zgodnie ze spostrzeżeniami innych autorów prawidłową wielkość, a we krwi zdarzały się tylko pojedynczo megalocyty. Oprócz wybitnego zwiększenia liczby krwinek czerwonych w 1 mm³, stwierdzić było można nader wyraźne czerwone zabarwienie powłok zewnętrznych, zwłaszcza twarzy i widzialnych błon śluzowych, jak również obrzmienie wątroby. Objawy te, zwłaszcza pierwszy, jakkolwiek nie są stałe w policytemii, to w tych przypadkach, gdy są wybitnie zaznaczone, jak w mojem spostrzeżeniu, potwierdzają słuszność zaliczenia przypadku do rzędu policytemii Vaqueza. Coprawda, w moim przypadku śledziona nie była powiększona, wbrew temu, co zwykle bywa przy policytemii Vaqueza, ta jednak okoliczność nie przemawia przeciwko zaliczeniu mego spostrzeżenia do postaci Vaqueza, podobny bowiem stan śledziony widzimy w przypadkach Oslera, Türka, Lommela [7]), Münzera [8]), Pfeiffera [6]), Ambarda z Fiessingerem [7]), Luce [10]) i innych. Co się tyczy drugiego mojego przypadku, zaliczam go do rzędu policytemii, opisanej przez Giesböcka pod nazwą »polycythaemia hypertonica«. Ten przypadek cechują bowiem: znaczna zawartość krwinek czerwonych w 1 mm³ krwi — 8,708.300, nader wybitne czerwone zabarwienie skóry i widzialnych błon śluzowych z rozszerzeniem naczyń skórnych, wreszcie bardzo wysokie ciśnienie krwi, więc objawy, znamienne dla postaci Giesböcka.

Miałem więc przed sobą dwa przypadki policytemii, z których pierwszy przedstawiał obraz policytemii typu Vaqueza, drugi zaś — typu Giesböcka. Według zdania Giesböcka, jego typ powinien być odróżniony od postaci Vaqueza »als ein besonderes, eigenartiges Krankheitsbild« (str. 407). Nim jednak przejdę do rozejrzenia się, o ile ten pogląd jest uzasadniony, zwrócę uwagę na niektóre osobliwości moich przypadków, któremi one różnią się od przypadków, w piśmiennictwie ogłoszonych, lub które rzucają światło na zagadnienia, niedość jeszcze wyświetlone. Z tego punktu widzenia poruszę przedewszystkiem niektóre własności krwi moich chorych. Najpierw zaznaczę, że ciężar właściwy krwi pierwszego chorego jest znacznie wzmożony, mianowicie wynosił 1,068. Równocześnie surowica krwi jest więcej wodnista, niż w stanie prawidłowym. Przekonują

o tem nizki ciężar właściwy surowicy — 1,028 i zmniejszona zawartość w niej substancyi stałych, mianowicie 8,6%. Wobec tego zmianę ciężaru właściwego krwi tego chorego należy tłómaczyć zwiększeniem liczby krwinek, mianowicie erytrocytów, ponieważ liczba białych, wbrew temu, co spostrzegała większość badaczy, nietylko nie była wzmożona, lecz przeciwnie raczej trzymała się nizkich liczb prawidłowych. Tą samą okolicznością tłómaczy się i to, że sucha pozostałość krwi całkowitej — 25,7% — i zawartość w niej białka — 25,2% — były u tegoż chorego nieco większe, niż prawidłowo (18—23% suchej pozostałości prawidłowej krwi całkowitej; 22,62% zawartości w niej białka). Wodnistość surowicy krwi wymownie świadczy, że w pierwszym przypadku miałem przed sobą istotną policytemię, nie zaś względną, zależną od zubożenia krwi i ustroju w płyny z następowem zgęszczeniem krwi. Taksamo przedstawiał się i drugi mój przypadek, w którym ciężar właściwy surowicy wynosił również 1,028, a sucha pozostałość surowicy była jeszcze mniejsza, niż w pierwszym, bo wynosiła 8,02% z zawartością białka 7,5%.

Pouczającem jest dalej zwrócić uwagę na zasadowość krwi w moich przypadkach. W pierwszym wynosiła ona 426 mg, w drugim 315,8 mg. Liczby te są bardzo zbliżone do 409—439 mg dla pierwszego przypadku i 329 mg dla drugiego, które otrzymamy drogą zwykłego obliczenia arytmetycznego stopnia zasadowości krwi, biorąc za podstawę, że zasadowość krwi prawidłowej, jak to w swoich pracach [14]) wykazałem, wynosi 240—267 mg NaOH w 100 cm³ krwi, z których połowa przypada na osocze krwi (Brandenburg [11]), Berend [12]), Löwy [13]), Witold Orłowski) [14]). Tożsamość liczb — istotnej i otrzymanej drogą obliczenia, świadcząc, że wysokie liczby zasadowości krwi policytemików zależą od zwiększonej liczby krwinek czerwonych, wymownie stwierdza słuszność zdania, które wygłosiłem [14]) przed laty dziewięciu, że zasadowość osocza krwi utrzymuje się z zadziwiającą stałością na wysokości stałej, ulegając obniżeniu tylko w wyłącznych stanach ustroju, które w swoim czasie zaznaczyłem. Zasadowość osocza krwi pozostaje stałą nietylko w tych różnorodnych sprawach chorobowych, które miałem sposobność zbadać podczas mych studyów nad alkalicznością krwi, a które przebiegały wśród objawów niedokrwistości lub z prawidłową zawartością krwinek we krwi, lecz i w stanach z krwią nadmiernie obfitującą w krwinki, jak to widzimy w drugiem, a zwłaszcza w pierwszem z moich spostrzeżeń. Co do stanów chorobowych, przebiegających z prawidłowym składem krwi pod względem liczby krwinek czerwonych, jak również z niedokrwistością, stałość zasadowości osocza krwi została od czasu ogłoszenia moich pierwszych badań w tej dziedzinie stwierdzona w całym szeregu prac innych badaczy. Wykazanie tejże stałości i w stanach odwrotnych, niż niedokrwistość, mianowicie, przy policytemii Vaqueza i Giesböcka, jeszcze więcej stwierdza słuszność wygłoszonego przezemnie w r. 1901 poglądu o doniosłem znaczeniu dla ustroju zasadowości osocza krwi [1]).

Nie mniejsze zajęcie, niż właściwości krwi, wzbudzają te dane, które otrzymałem w swoich przypadkach pod względem przebiegu przemiany materyi. Zdawałoby się, że wobec znacznego zwiększenia ilości krwinek czerwonych we krwi, energia życiowa komórek ustroju i, co za tem idzie, przemiana materyi, powinnyby się wzmódz lub w każdym razie uledz poważniejszym zmianom. Wbrew oczekiwaniu, w pierwszym przypadku odsetkowy stosunek N mocznika do całkowitego N moczu, t. zw. równoważnik Robina (82% zamiast średniej przy mieszanym pokarmie liczby 84—86%), również % stosunek N substancyi wyciągowych do N mocznika (10,25% zamiast średniej liczby 12%), wreszcie, % wymiany N (89,62%) wykazały liczby, nietylko nie wyższe, niż zwykle, lecz raczej nieco niższe od stanu prawidłowego, zresztą nietyle, żeby temu obniżeniu nadawać znaczenie poważniejsze. Widocznie, pomimo zmian składu krwi ustrój zachowuje zdolność wymiany materyi bez większych zboczeń. W drugim przypadku spostrzegamy stan wręcz przeciwny. Tu odsetkowy stosunek N substancyi wyciągowych do N mocznika (15,4%), % wymiany N (98,55%), wreszcie w mniejszym stopniu równoważnik Robina (86,62%) wykazują liczby, które przemawiają na korzyść wzmożenia spraw utleniających w ustroju. O ile podobny stan jest zjawiskiem stałem dla policytemii Giesböcka, przesądzać nie będę, albowiem wymiana azotowa przy tej postaci policytemii dotychczas jeszcze zupełnie nie jest zbadana.

Pokrótce poruszę jeszcze niektóre szczegóły składu krwi, jakkolwiek wzbudzają one mniejsze zajęcie, niż dane, któreśmy już rozejrzeli. Tak więc zaznaczę brak w pierwszym moim przypadku normoblastów we krwi, o których mówią przy policytemii Vaqueza prawie wszyscy badacze, zwłaszcza Schneider [17]), Rubinsztein [18]), Schmidt i Rencki (Rencki, jak również Türk, Schneider, Bence [19]), Osler spostrzegali nawet megaloblasty), brak polichromatofilii w tymże przypadku i w drugim, zmniejszenie w pierwszym % zawartości krwinek wielojądrzastych neutrofilnych ze zwiększeniem % ilości limfocytów, wbrew temu, co zaznacza w policytemii Vaqueza większość badaczy, stosunkowo nie wysoka zawartość w temże spostrzeżeniu krwinek białych i t. d. Niektóre z tych danych spostrzegali przy policytemii Vaqueza i inni autorowie. Tak np. brak normoblastów spotykamy w przypadkach Köstera [20]), Glässnera [21]), Pfeiffera,

---

[1]) W ostatnim czasie miareczkowym sposobom oznaczania zasadowości krwi poczyniono zarzut, że sposoby te nie określają istotnego oddziaływania krwi, lecz wyświetlają jedynie stosunek kwasów i zasad między sobą i do rozczynu, którym miareczkujemy; wskazują również, że zależnie od użytego wskaźnika odczyn tego samego płynu jest różny, ponieważ wskaźniki same nie są przetworami obojętnymi, lecz przedstawiają albo — co najczęściej — kwasy, albo zasady z niejednakowym stopniem kwaśności resp. zasadowości. Wychodząc z tego założenia, polecono w ostatnim czasie zamiast metod miareczkowania metodę oznaczania zasadowości krwi Friedenthala [15]), która sprowadza się do użycia szeregu wskaźników kwaśnych i zasadowych. Metoda ta pozwala oznaczyć istotną (czynną) kwaśność resp. zasadowość cieczy organicznych, nie zaś potencyalną (bierną), którą oznaczają sposoby miareczkowe. Przy zastosowaniu tej metody Friedenthala do oznaczenia odczynu krwi okazało się, że oddziaływanie krwi nie jest zasadowe, lecz obojętne. Pomimo to, zaznaczony przezemnie fakt uporczywego utrzymywania się stałego odczynu krwi nawet przy zatruciach kwasami i zasadami został stwierdzony i tą »metodą wskaźników« (Westenryk) [16]). Wobec tego można śmiało rzec, że metody miareczkowego oznaczania zasadowości krwi, któremi sam się posługiwałem przy mych studyach nad zasadowością krwi, mogą być i nadal używane do celów klinicznych, jakkolwiek te metody wykazują istotnie zasadowość, że tak powiem, potencyonalną, lecz pod niezbędnym warunkiem używania dla miareczkowania zawsze tegoż samego wskaźnika i tegoż kwasu miareczkowego.

Schmilinsky'ego, Ambarda z Fiessingerem, leukopenię spostrzegali Aldrich z Crummerem [22]), Cominotti [23]), Lommel, Osler, Senator [24]), P. Weber [25]), Gordon [26]) i inni. Godne zaznaczenia w pierwszym przypadku jest jeszcze zestawienie liczby krwinek czerwonych z wysokością lepkości krwi i ciśnienia krwi. Lepkość krwi jest, jak wiadomo, u policytemików po większej części znacznie zwiększona (Bence, Determann [32]), Weber, Glässner, Münzer, Kottmann [33]), Lommel, Löw z Popperem [27]), Winter, Goriajew [32]) i inni) co tłómaczy się wielką liczbą krwinek czerwonych. W związek z tem podniesieniem lepkości krwi niektórzy (Naegeli i inni) stawiają wzmożenie ciśnienia krwi u chorych na policytemię. Mój pierwszy przypadek jednak dowodzi niesłuszności tego poglądu, ponieważ, pomimo wysokiej lepkości krwi (11,8 zamiast prawidłowych 4,57), ciśnienie krwi w tym przypadku było raczej obniżone. W drugim przypadku nie powiodło mi się, niestety, oznaczyć lepkości krwi.

Wracam teraz do sprawy wzajemnego stosunku między policytemią Vaqueza i Giesböcka. Wyżej już nadmieniłem, że Giesböck wyodrębnia opisaną przez siebie postać w jednostkę samodzielną. O ile ten pogląd jest uzasadniony, na razie orzec stanowczo nie można wobec niedostatecznego wyświetlenia patogenezy policytemii Vaqueza i Giesböcka i braku badań anatomopatologicznych przy postaci Giesböcka. Wobec tego uważam za możliwe w sprawie tej podać jedynie niektóre przypuszczenia i myśli, wynikające ze spostrzeżeń zawartych w piśmiennictwie i moich, nie roszcząc jednak pretensyi do uznania ich za pewnik.

Dla swej postaci Giesböck uważa za objawy znamienne, odróżniające się od policytemii Vaqueza, wysokie ciśnienie krwi i brak zwiększenia śledziony. Istotnie, we wszystkich przypadkach Giesböcka, jak również moim, śledziona klinicznie nie była zwiększona. Ten objaw jednak nie jest stałym i przy policytemii Vaqueza: nie spostrzegali go np. Osler, Türk, Reckzeh [28]), Lommel, Münzer, Pfeiffer, również ja, Ambard zaś z Fiessingerem nie znaleźli zwiększenia śledziony także i przy badaniu zwłok u spostrzeganego przez nich policytemika, wreszcie w przypadku Lucego śledziona na sekcyi okazała się zadziwiająco małą. Godne pod tym względem zaznaczenia są również przypadki Weintrauda [31]) i Lommela, w których pierwotnie powiększona śledziona w dalszym biegu choroby wracała do stanu prawidłowego. Z drugiej znów strony Rosengart [29]), Osler, Preiss [30]), Köster, Bence ogłosili przypadki policytemii, w których przy klinicznym obrazie policytemii Vaqueza z powiększeniem śledziony ciśnienie krwi było znacznie wzmożone. Co się tyczy drugiego znamiennego objawu policytemii Giesböcka, mianowicie, wysokiego poziomu ciśnienia krwi, to Giesböck nie uważa za możliwe postawić go w związek z miażdżycą tętnic lub z zapaleniem nerek, ponieważ w wielu jego przypadkach żadna z tych spraw chorobowych nie była dobitnie wyrażona, z drugiej zaś strony liczba krwinek czerwonych przy miażdżycy tętnic i zapaleniu nerek zwykle jest prawidłowa lub, zwłaszcza w zapaleniu nerek, obniżona. Jeśli jednak poddać przypadki Giesböcka ściślejszemu rozbiorowi krytycznemu, to mimo woli nasuwa się pytanie, czy nie byli to chorzy na przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek w okresie początkowym, w którym niema jeszcze niedokrwistości. Istotnie przeszło w połowie jego przypadków stwierdzano, jakkolwiek niestale, białko w moczu w ilości niewielkiej, w innych przypadkach polyuryę i nizki ciężar właściwy moczu, w niektórych — takich było niewiele — wybitne oznaki nerki marskiej, wreszcie, prawie we wszystkich, zwiększenie wymiarów serca, przeważnie w lewo. Giesböck coprawda nadmienia, że w niektórych z jego spostrzeżeń nie było żadnych oznak zapalenia nerek, lecz niestety nie przytacza, jak długo miał tych chorych w obserwacyi, a przecież ta okoliczność jest nader ważną dla rozpoznawania początkowych okresów śródmiąższowego zapalenia nerek. W moim drugim przypadku, który należy do rzędu policytemii Giesböcka, przez czas obserwacyi od 5. III. do 25. III. białkomoczu nie było, lecz zwiększenie dobowej ilości moczu i nizki jego ciężar właściwy obok przerostu lewej komory serca zmuszały również przypuszczać śródmiąższowe zapalenie nerek w okresie początkowym, tembardziej, że nie brakło czynników etyologicznych w tym kierunku: przewlekłe nadużycie napojów wyskokowych i kiła. Rosengart, Osler, Preiss, Köster, Bence i inni opisali również przypadki policytemii z wysokiem ciśnieniem krwi, coprawda, z jednoczesnem powiększeniem śledziony (w przeciwieństwie do przypadków Giesböcka i mojego), w których były również zmiany, wskazujące na przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek, mianowicie białkomocz (od śladu białka do 0,06%), po większej części pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste, w przypadku zaś Bencego bez wałeczków polyurya, nizki ciężar właściwy moczu i białkomocz do 0,1%, wreszcie we wszystkich przypadkach wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą główną, w niektórych ze zwiększeniem lewej granicy stłumienia sercowego w lewo. Wszystkie te spostrzeżenia nasuwają myśl o związku wysokiego ciśnienia krwi przy policytemii Giesböcka z przewlekłem śródmiąższowem zapaleniem nerek. Do tego zresztą zdania, zdaje się, skłonić się gotów i sam Giesböck po spostrzeżeniu jednego przypadku policytemii swojego typu, który miał sposobność poddać sekcyi. Jeśli uznamy to zapatrywanie, to będzie można uważać policytemię Giesböcka słusznie nie za samodzielną chorobę lub samodzielny zbiór objawów, lecz za policytemię Vaqueza u osobnika, dotkniętego początkowymi zmianami w nerkach o charakterze przewlekłego śródmiąższowego zapalenia. W takim razie wysokie ciśnienie krwi byłoby objawem już nie podstawowym, lecz że tak powiem towarzyszącym (»Begleiterscheinung«). Jeśli w ten sposób rozumieć wzajemny stosunek policytemii Vaqueza i Giesböcka, to staje się zupełnie zrozumiałem nadzwyczajne podobieństwo obrazu klinicznego obydwu postaci zarówno co do strony podmiotowej, jako też przedmiotowej.

Wygłaszając taki pogląd na wzajemny stosunek między policytemią Vaqueza i Giesböcka, nie uważam go za nieomylny i gotów jestem cofnąć go, jeśli dalsze studya obydwóch postaci policytemii doprowadzą do wykrycia takich danych, które będą przemawiały przeciwko ich połączeniu. Pod tym względem rozwiązanie omawianej sprawy mogłoby znacznie posunąć się naprzód, jeśliby udało się zbadać zmiany anatomiczne narządów krwiotwórczych, zwłaszcza szpiku kostnego, w przypadkach policytemii Giesböcka. Niestety, w jednym ze swoich przypadków, zakończonym sekcyą, Giesböck nie zwrócił na tę okoliczność żadnej uwagi. Poddano [34]) badaniu szpik kostny dotychczas

tylko w jednym typowym przypadku policytemii Giesböcka i znaleziono rozrost i bujanie części erytroblastycznej i leukoblastycznej, co stanowi cechę znamienną również dla policytemii Vaqueza

Piśmiennictwo.

1. Vaquez. Cyanose accompagnée d'hyperglobulie excessive et persistante. Przytaczam według streszczenia w Semaine méd. 1892.—2. Osler. Chronic cyanosis with polycythaemia and enlarged spleen: a new clinical entity. The american Journal of the medical sciences. 1903, i Ob erytremii (policytemia z cyanozom, maladie de Vaquez). Prakticz. Wracz 1908, nr 18—19. — 3. Giesböck. Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Praxis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1905, t. 83. — 4. Stern. Ueber Polyzythaemie. Med. Klinik 1908, nr 2—3. — 5. Türk. Beiträge zur Kenntniss des Symptomenbildes: Polyzythaemia mit Milztumor und »Zyanose«. Wiener klin. Wochft. 1904, nr 6—7. — 6. Pfeiffer. Ein Fall von Polycythämie ohne Milztumor. Deutsch. Arch. für klin. Med. t. 90. — 7. Lommel. Ueber Polycythamie mit Milztumor. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1906, t. 87; Über Polycythämie, ibidem, t. 92; Ueber Polycythämie (Erythrämie). Münch. med. Woch. 1908, nr 6. — 8. Münzer. Ueber Polyzythämie nebst Beiträgen zur klin. Untersuchung. Zeitschr. für exper. Path. und Ther. t. 5. — 9. Ambard et Fiessinger. Cyanose congénitale avec polyglobulie vraie Arch. de med. expér. etc. 1907, nr 2. — 10. Luce. Ueber Erythrocytosen und ihre Pathogenese. Med. Klinik 1909, nr 4—5. — 11. Brandenburg. Ueber die Alcalescenz des Blutes Zeitsch. für klin. Med. 1899, t. 36. — 12. Berend. Ueber eine neue klinische Methode zur Bestimmung der Blutalcalescenz. etc. Zeitschr. f. Heilkunde, 1896, t. 17. — 13. Lowy. Untersuchungen über Alcalescenz des Blutes. Pflügers Archiv Physiol. 1894, t. 58. — 14. W. Orłowski. Przyczynek do nauki o zasadowości krwi. Przegląd lek. 1901, nr 18; Wracz 1901, nr 11; Centralbl. für Stoffwechsel und Verdauungskr. 1902, nr 2; Deutsche med. Woch. 1903, nr 34; również Samozatrucie kwasami etc. Przegląd lek. 1901, nr 29—30; Wracz 1901, nr 30; Centrbl. f. Stoffwechsel und Verdauungs. 1902, nr 5; Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju. Przegląd lek. 1902, nr 1—2; Wracz 1901, nr 39—40; Archives polonaises des sciences biolog. et méd. 1902, wreszcie K biologii krowi. Wracz 1901, nr 43. — 15. Friedenthal. Ueber die Reaction des Blutserums etc. Zeitschr. für allg. Physiol. 1903. — 16. Westenryk. O reakcyi krowi po sposobu pokazatelej (»metod indikatorow«) pri patołogiczeskich sostojanijach. Russkij Wracz 1909, nr 7—8. — 17. Schneider. Ein Beitrag zur Frage der Polyglobulie. Wiener klin. Woch. 1907, nr 14; Ueber das Verhalten des Blutes etc. ibidem 1907, nr 27. — 18. Rubinsztein. Krasnokrowije i biełokrowije. Oczerk uczenia o Polycythaemia rubra megalosplenica. Russkij Wracz 1908, nr 7—9. — 19. Bence. Drei Fälle von Polyglobulie mit Milztumor. Deutsche med. Woch. 1907, nr 36—37. — 20. Köster. Zur Kasuistik der Polycythämie zugleich ein Beitrag zur Aetiologie etc. Münch. med. Woch. 1906, nr 22—23. — 21. Glässner. Beitrag zur Pathologie der Polycythaemia rubra. Wiener klin. Woch. 1905, nr 49. — 22. Aldrich and Crummer. Przytaczam według Zentralbl. für kl. Med. 1907, nr 30 i pracy Gordona w Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 68. — 23. Cominotti. Hyperglobulie und Splenomegalie. Hyperglobulie und Splenektomie. Wiener klin. Woch. 1900, nr 39. — 24. Senator. Ueber Erythrocytosis (Polycythaemia rubra) megalosplenica. Zeitschr. für klin. Med. 1906, t. 60 i XVI Congrès international de méd. 1909, Section VI, str. 193—197. — 25. Weber. A case »splenomegalie« etc. Lancet 1905, 13. V. i 1906, 24. XI. — 26. Gordon. Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 68. — 27. Löw und Popper. Beitrag zur Klinik der Polycythämie. Wien. kl. Woch. 1908, nr 11. — 28. Reckzeh. Klinische und experim. Beiträge zur Kenntniss des Krankheitsbildes der Policythämie mit Milztumor und Zyanose. Zeitschr. f. klin. Med. 1905, t. 57. — 29. Rosengart. Milztumor und Hyperglobulie. Mitteil. aus den Grenzgeb. zu Med. u. Chir. 1903, t. 11. — 30. Preiss. Hyperglobulie und Milztumor. Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1904, t. 13. — 31. Weintraud. Polyglobulie und Milztumor. Zeitschr. für klin. Med. 1904, t. 55. — 32. Determann. Klinische Untersuchungen der Viscosität des menschl. Blutes. Zeitschr. für kl. Med. 1906, t. 59; Die Beeinflussung der Viscosität etc. Berl. kl. Woch. 1907, nr 22—23. — 33. Kottmann. Ueber die Viscosität des Blutes. Korrespondenzbl. f. Schweizerärzte 1907, nr 4—5. — 34. Gorjajew. Polycythaemia myelopathica (splenomegalica). Kazanskij medic. Żurnał 1909, t. 9.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Kammerer. **Dziedziczenie zmian nabytych u płazów.** (Międzynarod. Zjazd fizyologów. Wiedeń 1910). K. podał w tym przedmiocie bardzo ciekawe spostrzeżenia. Tak np. »lacerta vivipara« prawidłowo wydaje na świat płody żywe, natomiast w ciepłocie do 30° C. składa wyjątkowo jaja. Jaja te z początku są bez skorupki, następnie mają już błonkę grubszą, podobną, jak u gatunków znoszących jaja. Potomstwo uległe z jaj znosi dalej już i w zwykłych warunkach jaja. »Lacerta serpa« znosi znów zwykle jaja otoczone błoną pergaminową. Przy trzymaniu zwierząt w ciepłocie 30—35° C. błona ta zmienia się w skorupę i potomstwo nawet trzymane w zwykłej ciepłocie znosi już jaja dalej z twardą skorupą. Ciekawe także spostrzeżenia podał K. co do dziedziczenia nabytych zmian barwikowych. Wspomniane płazy przez trzymanie w suchem, a bardzo gorącem miejscu, otrzymują czarne zabarwienie powłok. Przeniesione w warunki zwykłe rodzą potomstwo o barwie prawidłowej, ale szybko zmieniającej się w zabarwienie ciemne, podobne do zabarwienia rodziców. Naodwrót gatunki ciemne można przez trzymanie w wilgoci przy niskiej ciepłocie pozbawić barwika; młode rodzą się potem ciemne, zmieniając rychło zabarwienie na jasne.

Burckhardt. **Badania bakteryologiczne gruźlicy chirurgicznej; przyczynek do nauki o różnorodności gruźlicy człowieka, a zwierząt.** (Deut. Zft. f. Chir. 106. I—III). B. badał szczegółowo bakteryologicznie 49 przypadków gruźlicy chirurgicznej w klinice w Królewcu i przekonał się, że w 44 przypadkach przyczyną choroby był zarazek typu ludzkiego, w 5 zwierzęcego (t. bovinus). Różnicy klinicznej, ani anatomicznej przypadki te nie okazują, jedynie rokowanie co do przebiegu przy typie zwierzęcym jest znacznie lepsze. Różnica w typach da się wykazać przez hodowle i przeszczepiania na królikach, u których typ zwierzęcy jest groźniejszy niż ludzki. Typ zwierzęcy nie wywołuje zmiany nerek; ogniska w płucach przedstawiają obraz odmienny, niż w gruźlicy ludzkiej. K.

Fischler. **O występowaniu ostrego znacznego zwyrodnienia wątroby u zwierząt z przetoką Ecka, przy istniejącej martwicy tłuszczowej trzustki, wraz z uwagami o związku między wątrobą a trzustką.** (Deut. Arch f. klin. Med. 1910. Zeszyt 3. i 4.). Autor zauważył, iż zwierzęta, u których podczas zakładania przetoki Ecka uszkodzono trzustkę, giną do 4 dni wśród objawów samozatrucia; natomiast zwierzęta z przetoką Ecka, ale bez uszkodzenia trzustki, w krótkim względnie czasie po operacyi podnoszą się na siłach i wracają do zdrowia. Objawy poprzedzające śmierć zwierzęcia, są następujące: osłabienie, z każdą chwilą potęgujące się tak, iż zwierzęta nie mogą utrzymać się na nogach, nos wilgotny, zimny, tętno przyspieszone; wkrótce pojawiają się kurcze w kończynach równocześnie z dusznością, wymiotami i oddawaniem stolca, ciepłota opada do 36° i następuje śmierć. W jednym przypadku spostrzegał F. podrażnienie psychiczne. Powyższym klinicznym objawom samozatrucia odpowiada również godny uwagi obraz anatomiczny. Trzustka i sąsiadująca z nią tkanka tłuszczowa zawierają liczne ogniska martwicze, w zmniejszonej wątrobie zauważyć można zabarwienie żółtawo-białe, występujące przyśrodkowo, wyraźnie odgraniczone od obwodowych prawidłowo wyglądających części zrazików. Pod drobnowidem stwierdza się wybitne zwyrodnienie tłuszczowe i zanik komórek wątrobowych dookoła środkowej żyły zrazika, ku obwodowi słabiej wyrażone, podobnie jak przy ostrym żółtym zaniku wątroby. Nie ulega zatem wątpliwości, iż przyczyną śmierci zwierząt w doświadczeniach F. były zmiany wsteczne w wątrobie, wywołane, według F., uwolnionymi fermentami trzustki, które dostają się do wątroby drogą naczyń chłonnych, a o któ-

rych działaniu świadczy znajdowanie w ogniskach obumarłych w wątrobie składników kwasów tłuszczowych, jako wyrazu działania steapsyny. Pogląd ten popiera F. doświadczeniami, w których nie było wstecznych zmian w wątrobie, jeżeli trzustka była nienaruszona. R. Łaba.

Neurologia i psychiatrya.

Leiner i Wiesner. **Doświadczalne badania nad zapaleniem przednich rogów rdzenia** (poliomyelitis acuta). (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 42). Do doświadczeń posługiwali się autorowie małpami, którym śródczaszkowo lub do nerwów wstrzykiwali zawiesinę rdzenia ludzi zmarłych na zapalenie przednich rogów lub zwierząt dotkniętych tą chorobą. Po 6—10 dniach wystąpiły objawy zwiastunowe w postaci znużenia, ociężałości, po których nagle występowały porażenia o typie porażeń wiotkich ze zniesieniem odruchów. Badanie rdzenia tych zwierząt wykazało w obrębie szarej substancyi zmiany zapalne i zwyrodnienia. Rozmaite sposoby wstrzykiwań wykazały, że zarazek wniknąć może do ustroju z każdego miejsca, gdzie nastąpiło głębsze zniszczenie tkanki. Zawiesina wcierana w skórę nie wywołała obrazu chorobowego, natomiast z błon śluzowych, z przewodu pokarmowego i oddechowego wywoływali autorowie typowe porażenie. Przytem zauważyli, że przy szczepieniu w narządy oddechowe występowało porażenie mięśni szyi i kończyn przednich, przy szczepieniu do jamy brzusznej dotknięta była część tylna ciała. Swiadczy to o związku miejsca zakażenia z usadowieniem się porażeń. Można ten typ usadowienia spostrzegać i przy zakażaniu nerwów: z n. pr. ramieniowego występuje porażenie prawej k. górnej, z prawego kulszowego, prawej dolnej kończyny. Zarazek dąży od miejsca zakażenia do rdzenia najkrótszą drogą, naczyniami limfatycznemi towarzyszącemi nerwom. Z rdzenia może się zarazek wydzielić błoną śluzową nosa i gardła, która roztarta i sączona zakażała zwierzęta. To zjawisko tłomaczyćby mogło przenoszenie choroby z jednego osobnika na drugi, mimo że zwierzęta zdrowe, trzymane razem z choremi, nie zakażały się. — W moczu, kale, w gruczołach śluzowych, nie mogli autorowie stwierdzić zarazka wywołującego chorobę. — Zwierzęta raz zakażone, wykazują odporność, którą można stwierdzić obecnością ciał ochronnych w surowicy krwi. Surowica krwi chorych zwierząt zabija jad, zawarty w świeżym chorym rdzeniu. Rothfeld.

Haberfeld. **Gruczoły przytarczyczne w tężyczce i przy kilku innych schorzeniach**. (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 45). Wychodząc ze stwierdzonego faktu, że w przypadkach tężyczki spostrzegano krwotoki w tkance gruczołów przytarczycznych, względnie ślady po krwotoku w postaci barwika i że w czasie samego krwotoku nie spostrzegano wystąpienia tężyczki, zastanawia się autor nad przyczyną tego pozornie sprzecznego zjawiska. Na podstawie badań histologicznych dochodzi do wniosku, że krwotok wywołuje nietylko zniszczenie tkanki, ale także powstrzymuje rozrost tych gruczołów. Wywołany krwotokiem niedokształt (hypoplasia) gruczołu może długi czas pozostawać bez objawów; autor przytacza przypadek duru brzusznego, w przebiegu którego wystąpiła tężyczka, gruczoły przytarczyczne były małe, nierozwinięte. Do tej grupy zaliczyć należy także tężyczkę, występującą w czasie ciąży. — Zmiany w gruczołach przytarczycznych tworzą usposobienie do tężyczki, która ujawnia się przy najrozmaitszych sposobnościach (choroby zakaźne, ciąża i t. p.). Autor broni stanowiska niewątpliwej zależności tężyczki od zmian w gruczołach przytarczycznych; brak dodatnich wyników przy podawaniu wyciągów tych gruczołów nie przemawia bynajmniej przeciw temu zapatrywaniu. Rothfeld.

Stadelmann. **Wady u dzieci szkolnych jako przepowiednie padaczki.** (XVI. Zjazd niem. psychiatrów i neurolog. Drezno. Październik, 1910). S. zwraca uwagę na ciekawy fakt, że często już u dzieci szkolnych wykazać się dają pewne objawy, po których przypuszczać można, że dziecko to cierpieć będzie w przyszłości na padaczkę. Zwłaszcza nieraz w zeszytach spostrzega się nagłe zmiany pisma, pisanie nagle liter niezwykle dużych, krzywych, pod lub nad linią i t. p. Prócz tego należą tutaj: brak uwagi, pojęć etycznych, dręczenie zwierząt, kłamanie i opuszczanie nauki, upuszczanie ciągłe z rąk przedmiotów, stawanie bez powodu na ulicy, nudności i wymioty wśród jedzenia i t. p. Klęsk.

Tanaka. **O przyczynie choroby „beriberi“**. (Wien. med. Wochs. 1910, Nr 47). Badając etyologię tej choroby, doszli autorowie japońscy do przekonania, że obraz chorobowy wywołuje pożywienie, składające się przeważnie z ryżu. Doświadczenia na kurach i gołębiach, karmionych wyłącznie ryżem, wykazały, że u zwierząt powstawała choroba, podobna do beriberi, a nadto, że ryż oczyszczony z grysu, wywołuje nietylko u ptaków, ale i u zwierząt ssących porażenia czuciowe i ruchowe kończyn, zniesienie odruchów, zaniki mięśniowe, rozszerzenie prawego serca u małp, a przerost serca u psów. Przy ryżu nieoczyszczonym z grysu zwierzęta ssące nie wykazują żadnych zmian. Doświadczenia te doprowadziły do różnych wniosków; jedni autorowie upatrywali przyczynę objawów chorobowych w braku białka, zawartego w grysie, inni w braku soli nieorganicznych, które w nieznacznej ilości zawiera ryż z grysu oczyszczony. Zgodny wniosek był ten, że beriberi jest chorobą, polegającą na zaburzeniu w odżywianiu przy obfitem pożywieniu ryżowem. Co się tyczy przerostu serca prawego, to uważają go autorowie za wyrównawczy; skurcz tętnic płucnych z następowym wzmożonym oporem w małem krążeniu jest pierwotny, a serce prawe dla pokonania tego oporu przerasta. Wytłómaczenia dla skurczu tętnicy płucnej nie znajdują; winią jakiś czynnik szkodliwy, który się dostał do ustroju. Nowsze badania wykazały na przypadkach sekcyjnych przerost substancyi rdzennej nadnerczy; prawdopodobnie wskutek większej ilości adrenaliny w ustroju i następowego wzmożonego parcia krwi rozwija się przerost serca. W końcu wspomina autor o teoryi zakaźnego pochodzenia beriberi. Sata sądzi, że chorobę wywołuje drobnoustrój, mający się znajdować na ryżu, a bardzo wytrzymały na wyższą ciepłotę. Z przewodu pokarmowego dostaje się on do krwi. Słuszność tego przypuszczenia potwierdza zdaniem autora fakt kliniczny, że podawanie środków przeczyszczających i moczopędnych działa leczniczo na objawy chorobowe. Godne uwagi jest spostrzeżenie autora, stwierdzone na sekcyi, że z matki choroba przenosi się na płód. Badanie płodu zmarłego w kilka godzin po urodzeniu wykazało przerost i rozszerzenie prawej komory (bez stwierdzalnych przyczyn), ogólny zastój i zanik nerwów obwodowych, stwierdzony drobnowidowo. Rothfeld.

Erben. **Objawy myotonii przy gruźlicy.** (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 44). Obok często spotykanej podwyższonej pobudliwości mechaniczej mięśnia piersiowego przy gruźlicy, znalazł autor w jednym przypadku trzy objawy z grupy myotonii. Przy uderzeniu młotkiem na mięśnie twarzy brak jest objawu Chwostka, natomiast występuje skurcz toniczny mięśni wokoło miejsca uderzenia. Skurcz ten można wywołać w każdym mięśniu twarzy. Badanie elektryczne mięśni (triangularis, quadratus menti), daje skurcz tężcowy już przy 1 Ma, skurcz, trwający przez cały czas przebiegania prądu; z nerwu skurcz występował dopiero przy 2·3 Ma, a tężca z nerwu nie mógł E. wywołać. — Opukiwanie mięśni klatki piersiowej, barków i przedramienia wywoływało występowanie guzków twardych, utrzymujących się przez 4—8 sekund. Zginacze palców objawu tego nie okazywały. Odczynu myotonicznego nie można było wykazać: natomiast przy próbie wyprostowania silnie zgiętych palców okazuje się, że skurcz trwa dłużej, niżby to odpowiadało zamiarowi chorego, i że wyprostowanie jest możliwe dopiero po kilku próbach. W innych mięśniach (przy jedzeniu, zamykaniu oczu) objawu tego nie było. Późne wystąpienie tych objawów, brak podobnego

schorzenia w rodzinie, brak zajęcia kończyn dolnych, brak przerostu mięśni przemawia przeciw chorobie Thomsena. Rothfeld.

Frankl-Hochwart. **Udar Menièrowski bez zaburzeń słuchu.** (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 44). Autor przytacza następującą historyę choroby: Chora wśród zupełnego zdrowia dostała lekkiego szumu w uchu lewem, w godzinę potem silny zawrót głowy ze wzmożonym szumem w uszach; stanowi temu towarzyszyło uczucie lęku. Chora musiała leżeć z przymkniętymi oczyma, głową nie mogła poruszać. W dalszym ciągu wystąpiły wymioty. Stan ten w jednakowem natężeniu trwał przez miesiąc, potem szum w ustach ustał, nieznaczne zawroty głowy występowały tylko przy ruchach głową. Uczucie lęku utrzymywało się, przyczem chód stał się niepewnym. Ze strony układu nerwowego, jakoteż ze strony oka i narządów wewnętrznych nie było żadnych zmian. Po kilku tygodniach zupełne wyzdrowienie. Wobec braku jakichkolwiek danych dla wytłómaczenia zawrotów głowy, (a więc miażdżycy, kiły, cukrzycy, choroby nerek, guza mózgu, lub innego cierpienia mózgowego) przyjmuje autor, że zawroty te były pochodzenia przedsionkowego (Vestibularschwindel). Silne zawroty głowy zwiększające się przy ruchach głowy, skutkiem czego chorzy głowę trzymają sztywnie, ulga przy zamkniętych oczach, wymioty, szum w uszach, potwierdzają rozpoznanie. Brak tylko zaburzeń słuchu, które zdaniem autora nie są konieczne do obrazu chorobowego. Zdanie to popiera autor spostrzeżeniami własnemi i poczerpniętemi z piśmiennictwa. Rothfeld.

Jaksch. **O wartości leczniczej prądów o wysokiem napięciu.** (Wiener med. Wochenschr. 1910, Nr 44). W licznych przypadkach cukrzycy nie miał autor żadnych wyników dodatnich. Ani ilość cukru nie zmniejszała się, ani waga ciała nie wzrastała; również bez wpływu pozostawało leczenie na acydozę i na podmiotowe uczucia głodu i pragnienia. Przy miażdżycy o tyle tylko widział autor wpływ dodatni, że ustępowała bezsenność i częste bole głowy; na parcie krwi i na tętno wpływu dodatniego nie było. Przy wiądzie rdzenia i rozsianem stwardnieniu mózgu i rdzenia spodziewanego skutku po tem leczeniu autor nie uzyskał. Natomiast skutecznie działają te prądy przy neurastenii. Przykre i długotrwałe objawy tej choroby ustępują dość szybko. Rothfeld.

Chirurgia.

Krecke. **O leczeniu przed operacyami i po operacyach brzusznych, zwłaszcza o polecaniu wczesnego wstawania z łóżka.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 39). Przyczynami powstawania powikłań płucnych po operacyach, zwłaszcza brzusznych, są: zaziębienie (przy myciu chorego i przewożeniu po operacyi), leżenie bezwładne na wznak, brak swobodnych i głębokich oddechów i t. p. Zapobiegamy powikłaniom płucnym, jakoteż zakrzepom, pobudzając przedtem czynność serca odpowiednimi środkami, ucząc chorych przed operacyą gimnastyki oddechowej, i napominając ich do tego po operacyi, dbając o chorych nietylko przy operacyi, ale i przy przewożeniu na salę, stosując krótkie sposoby odkażania skóry bez zbytniego moczenia chorych i t. p. Ważnym czynnikiem jest również pielęgnacya jamy ustnej przed i po operacyi, racyonalne odżywianie chorych i t. p. Ból w ranie przeszkadza w oddechu; powinno się też przeciw niemu podawać narkotyk. Opatrunek (najlepiej plastrowy) nie powinien zbyt krępować chorego. Polecanie wczesnego wstawania zmniejsza znacznie liczbę powikłań płucnych, zwłaszcza u ludzi starszych. Bezwarunkowo całkiem niepotrzebnie trzymaliśmy dawniej chorych za długo po operacyach w łóżku. Natomiast dotąd nie stwierdził jeszcze K., czy przez wczesne wstawanie zmniejsza się liczba zakrzepów lub zatorów. Naturalnie przy wczesnem wstawaniu musi być rana szczelnie zaszyta, i to materyałem nie ulegającym wessaniu. Wczesne wstawanie ułatwia też oddawanie moczu, a chroni chorych od cewnikowania. Nadto pobudza ono apetyt. Krecke nie głodzi operowanych obecnie tak, jak dawniej, lecz już wieczorem po operacyi podaje im płyny, a od drugiego dnia, gdy niema wymiotów, nawet duże ilości płynów, co może wpływać na zapobieżenie zakrzepom. Znakomicie działają także wlewania, zwłaszcza stałe z kiszki stolcowej. Nawet przy szwie żołądka nie obawia się K. podawać płynów zaraz; dobry szew powinien odrazu domykać, a przecież w żołądku zbiera się sok zawsze. — Jeżeli chorzy wczas wstawać nie mogą, stosuje się miesienie kończyn i ruchy bierne, celem pobudzenia w nich krążenia krwi. K.

Jacobaeus. **O możności zastosowania wziernikowania przy badaniu jam surowiczych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 40). W tymczasowem doniesieniu opisuje J. swój sposób badania wziernikiem jamy usznej, opłucnej ew. osierdziowej. Gruby trójgraniec wbija do danej jamy, wpędza do niej przez trójgraniec powietrze, a potem wsuwa cystoskop i bada daną jamę. Przy laparoskopii rozpoznał autor w ten sposób przerzuty raka w wątrobie i t. p. Do jamy brzusznej łatwo wsunąć narzędzie w razie wysięku lub przesięku; gdy wysięku niema, można (ew. w znieczuleniu miejscowem) odsłonić otrzewnę i potem ją trójgrańcem przebić. Pleuroskopię stosować można tam, gdzie i tak w celu leczniczym wprowadzamy gazy (leczenie gruźlicy — Forlanini, zapalenia opłucnej — Holmgren). (Odpowiednie narzędzia wyrabia firma Stille-Werner). K.

Haudek. **W sprawie rentgenowskiego rozpoznania owrzodzeń żołądka w części środkowej.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 30). Jeżeli się przyjmie, że bizmut osiada na wrzodzie żołądka, w takim razie trzebaby wierzyć, że wrzód taki będzie można widzieć przy prześwietlaniu. Jolasses w r. 1907 twierdził, że widział dokładnie w ten sposób wrzód, a Hemmeter u kotów i królików wywoływał sztucznie wrzody, zasypywał je bizmutem, lub wprowadzał potem zawiesinę i jeszcze w 24—30 godzin na ekranie podobno dokładnie wrzody spostrzegał. By w ten sposób mogły być widoczne, muszą jednak wrzody sięgać aż do błony mięsnej. H. postanowił przeprowadzić badania kontrolne, albowiem cała sprawa zdawała mu się niejasną. Otóż najpierw przekonał się H. na zwłokach, że zawiesina bizmutu nie przylega mocniej ani więcej na wrzodzie, niż na reszcie błony śluzowej. Wspólnie z Doc. Clairmontem wywoływał autor sztucznie wrzody u zwierząt, a po 3 dniach wlewał zawiesinę bizmutu. Wrzodu nie udawało się wykazać ani razu, natomiast często spostrzegano plamy w innych miejscach, pochodzące od nagromadzenia się bizmutu w zaułkach żołądka. Zwykłe więc płaskie wrzody żołądka nie dają się nigdy napewno zapomocą rentgenoskopii wykazać. — Natomiast bardzo nieraz dokładnie widać wrzody, które przebiły z żołądka do otoczenia, a cechuje je cień, połączony nieraz wązką taśmą z żołądkiem, mający nad sobą bańkę gazu. W kilku przypadkach następowa operacya potwierdziła wynik badania w zupełności. Obraz ten przypomina nieraz obraz żołądka klepsydrowatego, tylko że przy żołądku klepsydrowatym cień przy opróżnianiu się żołądka znika równocześnie w obu jego częściach i przy obmacywaniu zmienia zarysy. K.

Haudek. **Rozpoznanie rentgenowskie modzelowatego drążącego wrzodu żołądka i jego znaczenie.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 47). Rozpoznanie rentgenowskie wrzodu modzelowatego opiera się na następujących danych: 1) Na płaskich wrzodach bizmut nie osiada w tej ilości, by był widoczny. 2) Cień przemawia za jakąś kieszonką w żołądku, przyczem w przypadkach wrzodu drążącego widać nad nim pęcherzyk gazowy. Cień ten pozostaje długo w żołądku i przy obmacywaniu nie zmienia kształtu i położenia. Wrzody drążące do wątroby leżą od przodu, do trzustki od tyłu, więc przy okręcaniu się chorego pierwsze poruszają się na ekranie rentgenowskim w tę samą stronę, drugie w przeciwną. Prócz tego cienie z wątroby poruszają

się przy oddechu. Wrzody modzelowate są znacznie częstsze, niż dawniej przypuszczano i nieraz bywają brane za raka, i to już nie nadającego się do operacyi. Nieraz też istotnie powstaje na ich tle rak. Objawy kliniczne niezawsze są typowe: choroba od długiego czasu, o torze przerywanym, napadowe bóle w $^1/_2$—3 godzin po jedzeniu o charakterze świdrującym, wymioty kwaśne, zaparcie, chudnięcie, wiek chorego 35—50 lat. Leczenie ze względu na częste zrakowacenie powinno być jedynie chirurgiczne i to doszczętne; Payr nazywa nawet wycięcie wrzodu modzelowatego wczesną operacyą raka żołądka. K.

Prof. Kelling. **O modzelowatych wrzodach żołądka.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 38). K. porusza ważne dla lekarza praktycznego dane, dotyczące rozpoznawania, rokowania i leczenia wrzodu modzelowatego żołądka. Wrzody te często drążą w głąb narządów sąsiednich, jak wątroby, trzustki i t. p. Niemal w 59% są wyczuwalne. Powinno się jednak rozpoznawać wyczuwalny guz, jako wrzód modzelowaty, jedynie w razie obecności w żołądku wyraźnego kwasu solnego, a zresztą myśleć o raku, zwłaszcza że nieraz nawet mimo drobnowidowego obrazu wrzodu przecież w pewien czas zjawiają się przerzuty raka, bo przy badaniu nie natrafiono na miejsce złośliwego przeobrażenia. O ile zwykłe wrzody występują zwykle u młodych kobiet, to modzelowate spotyka się przeważnie dopiero po 40. roku życia tak samo często u mężczyzn, jak i u kobiet. W wywiadach spotykamy objawy, nieraz już latami się ciągnące. Zwykle przeważa ból występujący po jedzeniu lub napadowy (przy zrostach i zwężeniach). Wymioty występują prawie w 80%. Zwykle chorzy są wybitnie wychudzeni. W wywiadach w połowie przypadków spotyka się wzmianki o krwotokach. Trzecia część wrzodów modzelowatych przechodzi w raka i dlatego, o ile tylko można, powinno się wrzody modzelowate doszczętnie wycinać. Natomiast przy wrzodach, drążących do wątroby lub trzustki, musimy się ograniczyć do połączenia żołądka z jelitem. Lekarz praktyczny każdego chorego z wyczuwalnym guzem żołądka, choćby był pewnym rozpoznania wrzodu, skierować powinien do chirurga; podobnie w razie uporczywych objawów zwężenia, zwłaszcza przy obecności kwasu mlecznego w żołądku. K.

Laryngologia i otyatrya.

Roth. **O trwałem znieczulaniu krtani przy gruźlicy zapomocą przepojenia alkoholem nerwu krtaniowego górnego.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 42). Swego czasu zalecił Hoffmann krtań w gruźlicy przy silnych bólach znieczulać. Następnie mało zwracano uwagi na ten sposób, chociaż jest on znakomity. R. donosi o 33 własnych przypadkach znieczulania nerwu krtaniowego. Wskazaniem do wykonania zabiegu są silne bóle przy łykaniu, nie ustępujące pod wpływem innego leczenia, a trapiące chorych i przy pustem łykaniu, np. w nocy, i odbierające im sen. Gorączka nie jest przeciwwskazaniem. Wstrzykuje się choremu leżącemu z szyją wygiętą ku tyłowi. Typowy punkt bolesny między kością gnykową a płytą chrząstki tarczowatej daje się prawie zawsze łatwo wyszukać. Skórę oczyszcza się alkoholem i eterem i wbija się igłę w punkt bolesny na $1^1/_2$ cm. głęboko, kierując się na zewnątrz i ku górze. W razie dojścia do nerwu odczuwa zaraz chory ból strzelający, idący aż do ucha. Alkohol powinien być ogrzany do 45° (85%).

Wstrzykuje się 1 gram, najwyżej zaś 2 gr. Zwykle większych powikłań po wstrzyknięciu niema; skutek wybitny występuje do 48 godzin na pewno, a trwa 7 dni i dłużej. Bóle zwykle wprawdzie wracają potem, ale są słabsze, a kilkakrotne wstrzykiwania usuwają je nieraz zupełnie. Po wstrzykiwaniach nieraz zmniejsza się również chrypka, wraca sen, natomiast zwiększa się uczucie suchości w gardle. K.

Bohac. **W sprawie leczenia twardzieli promieniami Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 43). Bezwątpienia leczenie chirurgiczne twardzieli jest dzielnym środkiem, niezawsze jednak może ono być zastosowane, a często obok niego oglądać się musimy jeszcze za innym uzupełniającym sposobem. W r. 1902 zwrócił Rydygier uwagę, że przy twardzieli osiąga się pomyślne wyniki zapomocą leczenia promieniami Röntgena i przytoczył statystykę 14 przypadków, twierdząc, że promienie działają i wgłąb, np. przez skórę przy twardzieli tchawicy. Zwłaszcza podmiotowa poprawa ma następować szybko. Prace innych autorów potwierdziły te spostrzeżenia. Również i autor na zasadzie własnego doświadczenia zaleca leczenie twardzieli promieniami Röntgena. Postępuje zaś w ten sposób, że przez pół roku co 3—4 tygodnie podejmuje 3—4 naświetleń lampami średnio twardemi, w jednej takiej seryi stosując jedną dawkę Sabouranda. Zwykle w 2—3 miesięcy guzy twardzielowe zaczynają się zmniejszać. K.

Schmuckert. **Endoskopowe badanie jamy nosowo-gardłowej i krtani.** (Münch. med. Woch. 1910). Chęć udostępnienia badania jamy nosowo-gardłowej i krtani każdemu praktykowi, naprowadziła amerykanina Harolda Haysa (1998) na pomysł przyrządu, odpowiadającego zasadom optoskopu. Przyrząd ten udoskonalił Schmuckert; składa się on z rurki optycznej, dającej się w osi podłużnej nastawiać w rozmaitych kierunkach; guziczek na końcu ocznym oznacza każdorazowe ustawienie pryzmatu. Obok rurki optycznej znajduje się druga rurka, zakończona lampką. Cały przyrząd obejmuje osłona szklanna, dająca się z łatwością odmieniać i wyjaławiać; tego rodzaju osłon ma się zawsze kilka pod ręką. Prądu dostarczają elementy suche, akumulator (4 volt) lub przyrząd, służący do połączenia z centralną stacyą elektryczną. Użycie przyrządu jest bardzo proste, obrazy są nadzwyczaj wyraźne, co stanowi wielki postęp w medycynie praktycznej ogólnej, zastępując badanie zapomocą obrazów w lusterku, które trafia ogólnie ciągle na trudności z powodu braku wprawy, a zabiera też niewprawnemu wiele czasu. (Przyrząd Schmuckerta wyrabia firma Reiniger, Gebbert u. Schall w Wiedniu). A. B.

Hischberg. **Cethal — przyrząd do wdychiwania dla leczenia chorób narządu oddychania.** (Mediz. Klinik. 1909, Nr 51). Przyrząd polega na stosowaniu pewnych leków do wdychiwania i to drogą nosa, w postaci gazowej z powietrzem ogrzanem, a więc bez udziału pary gotującej się wody, jak to się odbywa w przyrządzie Saengera. W starym przyrządzie do wdychiwania olejku terpentynowego Mutkiego, wdychiwało się go z parą. Przyrząd Sieglego zaś, jak wiadomo, jest raczej rozpylaczem na ciepło w połączeniu z parą gotującej się wody, jak to się podobnie odbywa w przyrządzie Bullinga lub Herynga. Do wdychiwania przyrządem »Cethal« zaleca autor głównie mieszaninę 0.10 Cinnam. methylic. c. 10% thymol solubil., w gotowych kapsułkach żelatynowych; podobnie zresztą mogą być stosowane i inne lotne środki. A. B.

Ernst Urbantschitsch. **Nowe postępowanie przy krwiaku małżowiny usznej.** (Tow. otolog. w Wiedniu 30 maja 1910). Postępowanie przy krwiaku bywa trojakie, zachowawcze (okłady, miesienie), nakłucie z aspiracyą lub szerokie nacięcie. Ze względu na to, iż postępowanie zachowawcze tylko w przypadkach lżejszych może jeszcze mieć racyę zastosowania, nakłucie często zawodzi, na szerokie nacięcie chorzy niebardzo się godzą, zwłaszcza w przypadkach niezropiałego krwiaka, zaleca Urbantschitsch postępowanie jak przy wodniaku moszny. Na najniższem miejscu krwiaka wbija się strzykawkę Pravatza i wyciąga się nią wszystek płyn, następnie wpuszcza się do jamy krwiaka około 0·5 nalewki jodowej, którą się lekko rozciera, by się dostała na całą powierzchnię jamy krwiaka. Po 1—2 minutach wyciąga się zbyteczny nadmiar nalewki jodowej i teraz albo pozostawia się małżowinę uszną bez opatrunku, albo zakłada się na 1—2 dni opatrunek lekko uciskający. Ten opatrunek uciskający zastępuje dobrze sprężynowa pelota, którą chory sam sobie może nałożyć,

by w wolnej chwili ponosić przez kilka godzin, raz i drugi, zależnie od potrzeby. Ewentualnie zajść może potrzeba powtórzenia zabiegu dla wywołania lekkiego zlepnego zapalenia; w miejsce nalewki jodowej, możnaby użyć innego leku podrażniającego. A. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu
Wydział lekarski.

XI. ogólne doroczne posiedzenie naukowo administracyjne dnia 5 (18) marca 1910 r.

Obecnych członków — 62, gości 25. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Protokoły posiedzeń z dnia 12 (25) lutego i 19 lutego (3 marca) r. b. przyjęto.

I. Mag. far. Bron. Honowski wypowiedział rzecz pod tyt.: **O solach kwasu cellulozo-ksantogenowego i praktycznem ich zastosowaniu** (z pokazami). Przy działaniu roztworu zasad żrących celluloza, nie zmieniając na pozór własności fizycznych, łączy się z dwoma drobinami zasad, tworząc alkalicellulozę, a następnie jak wskazali Cross i Berwan, przy działaniu dwusiarczku węgla otrzymuje się rozpuszczalną w wodzie sól sodo-ksantogenowego kwasu cellulozy. 5%—6% rozczyn tej soli tworzy nadzwyczaj gęstą ciecz, która w zależności od dostępu powietrza i ciepłoty przechodzi w masę galaretowatą, a następnie w twarde ciało podobne do rogu. Przy pomocy odpowiednich przyrządów ciało to otrzymuje się w postaci nici. Niezależnie od nader ważnego znaczenia, jakie przedstawia powyższy proces z punktu widzenia naukowego, tak tani i łatwy na pozór sposób otrzymania ciała, podobnego do rogu lub jedwabiu, wzbudził znaczne zajęcie w gronie chemików, w liczbie których był i Mendelejew, i olbrzymie zainteresowanie w świecie przemysłowym, zapowiadając przewrót w przemyśle tkackim i związanych z nim innych gałęziach. Oczekiwania te jednak nie sprawdziły się, gdyż, jak się okazało, otrzymane ciało twarde jest związkiem niestałym, znajdującym się w fazie przejściowej, ponieważ po pewnym czasie sól sodowa kwasu cellulozo-ksantogenowego podlega rozkładowi. Rozkład ten przypisywano polimeryzacyi drobiny soli sodowej kwasu cellulozo-ksantogenowego. Na zasadzie badań osobistych, mających na celu wyjaśnienie procesów chemicznych w stadyach przejściowych tworzenia się owej soli, doszedł mowca do przekonania, że proces polimeryzacyi drobiny soli wywołuje stopniowe zmniejszanie się objętości otrzymanej soli w postaci twardego ciała i że objaw ten zmniejszenia się objętości znika wskutek znikania wywołującej go przyczyny. Rozkład zaś wspomnianej soli następuje wskutek działania kwasu węglowego, gdyż sól ta jako związek nietrwały rozkłada się, wydzielając tiowęglan sodu i cellulozę. Otrzymanie stałego związku cellulozy okazało się możliwem przy zastąpieniu sodu innym metalem, jak np. cynk lub magn. Sole te otrzymuje się przy dodaniu octanu cynku lub magnezyi do rozczynu soli sodowej kwasu cellulozo-ksantogenowego w obecności kwasu octowego, a wypadają one z rozczynu w postaci oddzielnych cząsteczek, nie formujących się jednak w masę na wzór soli sodu, wobec czego sole te praktycznego zastosowania, podobnego do soli sodowej, mieć nie mogą. Przy wyjątkowych warunkach udało się otrzymać sole kwasu cellulozo-ksantogenowego, a mianowicie przy działaniu słabych kwasów organicznych na alkaliczny rozczyn soli sodowej kwasu cellulozo-ksantogenowego w obecności tlenku cynku lub magnezyi. Dla otrzymania plastycznej masy reakcya zastąpienia sodu innym metalem powinna nastąpić po częściowem spolimeryzowaniu się drobiny soli sodowej. Otrzymane w ten sposób sole odznaczają się trwałością, nie ulegając zmianie pod wpływem kwasu węglowego, pary o wysokiej ciepłocie i czynników mechanicznych. Sole te znalazły zastosowanie przy wyrobie sztucznej masy korkowej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Prof. Zaleski podnosi znaczenie i ważność wynalazku. — Prof. Merczyng zapytuje prelegenta, czy uzyskany przetwór nie jest bardzo palny.— Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że przetwór ani nie wybucha, ani się nie pali. — Prof. Merczyng zapytuje prelegenta, jakie jest działanie płynów na korki z tej masy, szczególniej węglowodorów, jak np. nafty, czy korki takie nie podlegają szybkiemu zniszczeniu, bo, jak wiadomo, korek gumowy działania nafty nie wytrzymuje. — Prelegent odpowiada, że w korkach z tej masy takieżsame zachodzą zmiany, jak i w korkach naturalnych.— Prof. Zaleski zapytuje, jak się zachowują sole cynku wobec takich czynników, jak kwas węglowy.—Prezes w imieniu zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za pouczający odczyt.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na ostatniem posiedzeniu w d. 28. XII. 1910 sprawozdaniem z konferencyi krajowych referentów sanitarnych w sprawie zwalczania chorób zakaźnych, przedstawionem przez r. dw. Dr Merunowicza, oraz sprawami Krynicy.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910. (Dok.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie I. Spitzel, T. Rawski, Gertler, St. Ciepielowski, A. Stöckl, Górka, I. Kreutz, St. Skobel, L. Bier, M. Gidlewski, Doc. E. Piasecki, I. Kasparek, St. Gąsiorowski, Nüssenfeld, St. Kwiatkowski, W. Kobryński, I. Gawlik (Zakopane), Moskowicz, R. Lach, Eliaszek, Hermelin, M. Jaworowski, M. Nowosad, S. Drzymalik, J. Kasparek, Kapelusz, Prof. Cybulski, I. Rosner, R. Hammerschlag, B. Kupczyk, L. Zbyszewski, R. Stroka, A. Pachoński, Gücker, T. Ostrowski, A. Sabatowski, J. Jastrzębski, Turzański, Kostecki, Fr. Bernacki, H. Pisek, I. Kasparek, I. Jurowicz, K. Habicht, M. Pluciński, L. Schneider, A. Berggrün, T. Jaciow, A. Juras, H. Kronfeld, Kurkiewicz, Janiszewski, Ziarko, I. Lachs, Fr. Murdzieński, A. Maciąg, Lustgarten, I. Solarski, M. Kapellner, W. Smolarski, Hładij, Boczar, F. Marcisiewicz, L. Wilczyński, St. Breyer, Szwarz (Kraków), Liebermann, doc, Droba, E. Majewicz, Kutna, I. Siedlecki, A. Dietzius, I. Woszczyński, K. Smorągiewicz, S. Dobrzański, B. Łazowski, A. Kalisz, K. Mieroszewski, H. Potok, S. Rzędzianowski, E. Dawidowicz, Jodłowski, A. Cichański, L. Brudziński, T. Torczyński, M. Gilnreiner, I. Szwarc (Zmigród), J. Sroczyński, J. Gruber, G. Bielański, I. Fränkel, T. Berezowski, Patryn, W. Wiszniewski, I. Bednarski, J. Eckhardt, E. Weksler, S. Ruff, T. Hescheles, Z. Wachlowski, K. Rudnicki, A. Borkowski, E. Stroynowski, Rubin, W. Kretowicz, L. Brand, J. Blaustein, J. Nieć, Maryan Felauer, J. Bardach, A. Raczyński, prof. Jurasz, M. Teitelbaum, prof. A. Gluziński, J. Swiątkowski, J. Gołąb, Z. Frydman, A. Klauber, H. Lic, M. Jaciow, I. Krok, A. Dulęba, T. Węclewski, J. Goldhaber, K. Stanowski, J. Strycharski, S. Zabłocki, E. Nacht, Czapliński, Maks. Bett, K. Stronczak, A. Krauss, W. Pajączkowski, I. Regiec, E. Gładynowski, Szumowski, E. Korabiński, E. Rose, L. Doboszyński, L. Peczenik, Elsner, E. Bobrowski, W. Łodziński, J. Tarchalski, Z. Spalke, W. Lachowski, J. Sekanina, A. Rieser, B. Halarewicz, I. Bienenwald, M. Ziembiński, A. Chramiec, W. Orłowski, I. Tenner, I. Wiktor, prof. E. Biernacki, J. Przesmycki, S. Jahr, I. Wł. Brzeski, I. Josse, H. Pilger, J. Grek, T. Majewski, I. Ossadnik, S. Miszewski, L. Lanterstein, I. Blumenfeld, S. Dekański, A. Zopoth, N. Feuerstein, S. Janikiewicz, J. Moch, E. Friedländer, J. Herz, Korngoldówna (2 k. 50 h.), A. Rawski, Fr. Szumann, I. Sałomowicz.

Po koronie: Drowie Talko-Hryncewicz, Mączka, Ch. Kohn, R. Lenartowicz, P. Niziołek, A. Kuczewski, B. Sztencel, J. Wieselmann, M. Salpeter, T. Uranowicz, Chomin, prof. Adolf Beck, J. Królikowski, M. Konopacki, I. Gruszkiewicz, I. Fels, J. Spitzel, Bażant, J. Agatstein.

Po 3 korony: Drowie Iłowiecki, T. Pawlicki, S. Salzmann, J. Wieser, Fr. Grodecki, doc. Mięsowicz, M. Spatz, T. Mazurkiewicz, S. Konera, Z. Dujanowicz.

Po 4 korony: Drowie E. Grażyński, Gogulski, Macudziński, Z. Siegel, M. Nartowski, Cymbler, Sanatoryum Dra Dłuskiego, W. Przybyszowski, doc. Latkowski, J. Weinsberg, A. Godłowski, K. Birkenfeld, S. Choróbski, W. Swiątek, Buzdygan, Fr, Janczy, E. Zuliński, M. Jedliczka, I. Swiątkowski, L. Kossak, Benoni, r. ces. Blumenthal, L. Fürbek, K. Werner, S. Matlak, T. Kleczkowski, Z. Stanowski, K. Czerwiński, M. Senensieb, H. Ebers, J. Trzaskowski, Opolski, E. Rosenblatt, O. Hochbaum, Sokal, K. Dworzański, M. Gnoiński, I. Ozga, H. Chwalibóg, A. Schwarzbart, Marya Jasinicka, J. Wachowicz, W. Jüngst, S. Kaczyński, A. Slączka, M. Łopaciński, Lubowiedzki, prof. Ziembicki, J. Czaczkowski, R. Żurakowski.

Po 5 koron: Drowie Łodygowski, Krasowski, A. Hochstimm, D. Lichtgarn, M. Ameisen, prof. Biernacki, H, Mehrer, F. Sobelsohn, M. Swiątkiewicz, P. Kucharski, M. Ferensiewicz, prof. Herman, J. Filewicz, I. Ausovsky, K. Gerus, I. Schindler, J. Gałuszka, Dundaczek, L. Schneider, Chalbazany, r. ces. Bałłaban, K. Schneider, Żydłowicz.

Po 6 koron: Drowie G. Grzybowski, J. Zborowski, B. Bieńkowski.

Po 7 koron: Drowie Maks. Kapellner, Bogdański.

Osiem koron: Dr Fr. Bernacki.

Po 10 koron: Drowie Z. Bętkowski, L. Katyński, prof. Krzyształowicz, R. Małaczyński, St. Kubisztal, A. Lauer.

Dwadzieścia koron: Dr J. Walkowski.

Sto koron: r. dw. prof. Wicherkiewicz.

Zestawienie.

Po koronie	przysłało	kolegów	19	razem	19 koron
» 2 korony	»	»	427	»	854 »
» 3 »	»	»	10	»	30 »
» 4 »	»	»	50	»	200 »
» 5 koron	»	»	23	»	115 »
» 6 »	»	»	3	»	18 »
» 7 »	»	»	2	»	14 »
» 8 »	»	»	1	»	8 »
» 10 »	»	»	6	»	60 »
20 »	przysłał	kolega	1	»	20 »
100 »	»	»	1	»	100 »
Razem	przysłało	kolegów	543	sumę	1.438 koron

Wynik składki noworocznej na rok 1911 ogłoszony zostanie w dwutygodniku Związku lekarzy, którego pierwszy numer wyjdzie z druku jeszcze w styczniu 1911.

Kraków 31 grudnia 1910.

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. XII. do 31. XII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 2 (w tem obcych 7 † 2), krztuśca 16 † 3, ospy wietrznej 1, płonicy 11 † — (1 † —), odry 49 † — (1 † —), duru brzusznego † 1, tężca † 1 († 1).

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Rok bieżący jest dla »Przeglądu lekarskiego« rokiem jubileuszowym; z zeszytem dzisiejszym rozpoczyna bowiem »Przegląd lekarski« swój rocznik pięćdziesiąty. Pierwszy zeszyt »Przeglądu lekarskiego«, wydawanego »staraniem Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich c. k. Towarzystwa naukowego krakowskiego« (które było zawiązkiem późniejszej naszej Akademii Umiejętności) nosi datę 5 kwietnia 1862. »Przegląd« zaczął wychodzić pod redakcyą profesorów Bryka, Dietla, Majera, Skobla i Dra Zieleniewskiego; w ciągu roku zwiększył grono redaktorów Dr Oettinger. Biuro Redakcyi znajdowało się w domu Towarzystwa naukowego przy ul. Sławkowskiej (Nr 282), do dziś dnia będącego siedzibą Akademii Umiejętności. Pismo nasze wychodziło od samego początku jako tygodnik, zawsze — jak po dziś dzień — w soboty; objętość zeszytu wynosiła z początku arkusz druku (8 stronic); każdy zeszyt miał osobną paginacyę. Pierwszy zeszyt zawiera 3 artykuły oryginalne; rozpoczyna się — bez wszelkiego słowa wstępnego — artykułem prof. Dietla p. t. »Aforyzmy kliniczne na ścisłem badaniu osnute«, poczem idą: »Kilka dostrzeżeń z mojego dziennika lekarskiego« pióra Dra Oettingera, i »Badania w pracowni chemicznej Uniw. Jag. w celach sądowo-lekarskich przedsiębrane« pióra prof. Czyrniańskiego. Resztę zeszytu wypełniają: recenzya prof. Majera z dzieła prof. Hoyera: »Histologia ciała ludzkiego«, protokół posiedzenia Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa naukowego krakowskiego z d. 12. marca 1862, nekrologia (trzy krótkie życiorysy), bibliografia dzieł lekarskich polskich i obcych, w końcu »Korespondencya Redakcyi«, w której m. i. Redakcya oznajmia, że nie może donieść, kiedy się pojawi drugie wydanie Słownika lekarskiego polskiego (wyszło dopiero w r. 1880). Rocznik pierwszy zawiera 40 artykułów oryginalnych, 2 recenzye, 54 wyciągów z pism lekarskich zagranicznych, wreszcie dział p. t. »Rozmaitości«, obejmujący sprawozdania z posiedzeń Oddziału przyrod.-lek. i Komisyi balneologicznej Tow. naukowego, ruch chorych w szpitalach i różne drobne wiadomości.

Kraków. Otrzymujemy następujące uwagi:

»Czytelnicy »Przeglądu lekarskiego« przypomną sobie, iż w roku zeszłym, mniejwięcej o tym czasie, dałem wyraz oburzeniu memu wobec faktu, że jedna z tutejszych aptek z polecenia fabryki wyrobów chemicznych G. Richtera w Peszcie rozsyłała lekarzom Polakom, jako podarek gwiazdkowy, reklamowe biurowe podkładki, zaopatrzone w kalendarz niemiecki i rozmaite wskazówki lecznicze w tymsamym języku. Napiętnowanie postępowania tego okazało się o tyle skutecznem, że wymieniona firma, w dobrze zrozumianym zresztą interesie własnym, natychmiast zachowanie się zmieniła i nietylko ogłasza po polsku środki własnego wytworu, lecz w tym roku wystąpiła z podkładką podobną do zeszłorocznej, lecz zaopatrzoną w polski wyłącznie tekst!

Inne firmy zagraniczne, zwłaszcza niemieckie, niejednokrotnie bardzo przez Polaków popierane, nie uważają za właściwe pod względem językowym zastosować się do swych polskich odbiorców. Gdybyśmy zawsze występowali odpornie w podobnych razach i żądali uwzględniania potrzeb naszych i właściwości językowych wobec apelacyi do pośrednictwa naszego jako lekarzy, lub naszej kieszeni jako odbiorców, — zyskałaby na tem nasza sprawa narodowa moralnie, a bezpośrednio materyalnie niejedna egzystencya polska, w obcym zatrudniona przemyśle.

Gdy patrzymy na rozwój zakładów obcych, czyto wyrobów chemicznych, czy lekarskich, narzędzi, czy przyrządów leczniczych lub innych z zakresu medycyny praktycznej i doświadczalnej, żal nam serce ściska, że nasz kraj zdobyć się nie może na własne w tym kierunku wytwory, względnie że zakłady powstałe u nas nie rozwijają się odpowiednio. Tu Wydział krajowy — zdaniem mojem — powinien wziąć inicyatywę, umożliwiając jednostkom zdolnym kształcenie się fachowe zagranicą — przedewszystkiem we Francyi, Anglii i Niemczech, — a dalej zakładanie w kraju warsztatów własnych. Zdolności posiadamy dosyć, by sprostać zadaniu, natomiast niedostaje energii i wytrwałości, — pracujmy więc, pracujmy bez wytchnienia, by je w narodzie wytworzyć. Prof. Wicherkiewicz«.

Z różnych stron. Równocześnie z naszem pismem rozpoczyna czeski tygodnik lekarski »Casopis lekaru ceskych« swój rocznik pięćdziesiąty. Pierwszy zeszyt »Casopisu« wyszedł 15 stycznia 1862 pod redakcyą Dr J. Podlipskiego i Dr Bog. Eiselta; »Casopis« wychodził zrazu jako dwutygodnik. Pierwszy zeszyt obejmował pracę oryginalną doc. Vaetera p. t. »Paralysis facialis«, 8 sprawozdań (referatów), a w kronice m. i. statystykę personalu sanitarnego w Austryi (5179 lekarzy, 5507 chirurgów, 17.943 położnych) i wiadomość o potwierdzeniu przez władze ustawy »Spolku praktickych lékaru« w Pradze. Ten pierwszy zeszyt liczył 12 stronic, cały zaś pierwszy rocznik 308 stronic i pomieścił prace oryginalne 18 autorów. Podając te szczegóły, zestawia »Casopis lek. ceskych« (Nr 1) »wiek« różnych tygodników lekarskich. »Casopis« — obecnie jeden z największych tygodników — jest zarazem jednym z najstarszych. Starsze od »Casopisu« i rówieśnego mu naszego »Przeglądu« są: »Gazette med. de Paris« (82. rok), »Münchener med. Wochenschrift« (łącznie z »Ärztl. Intelligenzblatt« 58. r.), »Wiener med. Wochenschrift« (61 rok), »Medicin. Obozrenje« i »Allgemeine Wiener med. Wochenschrift« (56. rok).

Rówieśnikowi naszemu przesyłamy najszczersze życzenia dalszego powodzenia i równie świetnego jak dotąd rozwoju.

— Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału lekarskiego »Polskiego Związku przyrodników i lekarzy w Petersburgu« w d. 21. XII. (3. I. 1911), znajdował się wykład Prof. W. Orłowskiego (z Kazania): »Drogowskazy współczesnej dyagnostyki chorób trzustki«.

— Na międzynarodowej Wystawie higienicznej w Dreznie (od maja do października 1911) osobny dział poświęcony będzie sprawie ćwiczeń fizycznych (sport, gimnastyka, zabawy ruchowe). Na czele komitetu naukowego tego działu stoją Prof. Zuntz i Schmidt.

— Do zarządu »Austryackiego Towarzystwa badania i zwalczania raka«, zawiązanego w Wiedniu d. 17. XII. 1910, zaproszony został z Polaków r. dw. prof. Dr Rydygier ze Lwowa.

— Pod tytułem »Biologica« zaczęło wychodzić w Paryżu nakładem księgarni A. Poinat'a (11, rue Dupuytren), a pod redakcyą profesorów Blancharda, Calmettea, Dastrea, Delagea, Armanda Gautiera i J. Grasseta czasopismo poświęcone biologii ogólnej, antropologii, psychologii, patologii porównawczej i t. p. Czasopismo to zupełnie nie będzie się zajmować medycyną praktyczną, lecz wyłącznie naukowo-przyrodniczą stroną medycyny i gałęziami wiedzy, stykającemi się z medycyną, podając zarazem wszystkie te wiadomości o ogólnym ruchu naukowym, które mogą obchodzić lekarza. Głównymi współpracownikami czasopisma są też przeważnie przyrodnicy; wśród nich znajduje się szereg bardzo wybitnych nazwisk. Pismo tego typu może oddać rzeczywiście wielkie usługi, podnosząc poziom wykształcenia przyrodniczego wśród lekarzy. (Cena pisma jest bardzo dostępna, 8 fr. rocznie). Z artykułów oryginalnych znajdują się w zeszycie 1: Le Danteca: »Stałość życia« i Laloy'a: »Dobór płciowy«.

— Choroby umysłowe w Turcyi są podług Raschid Tahssina stosunkowo rzadkie, co zapewne przypisać należy brakowi nadużywania wyskoku i mniejszej liczbie schorzeń kiłowych i psychoz zawodowych. W ostatnich czasach studenci wprowadzają obyczaj używania w dużej ilości piwa na wzór Niemiec. Natomiast alkoholizm panuje bardzo między Grekami, którzy często są neurastenikami. Mahometanki zapadają taksamo często na histeryę, jak Francuzki. X.

— W Wiedniu rozesłano do lekarzy zapytanie, jak zapatrują się na instytucyę »lekarzy domowych«, obecnie w miarę rozwoju kas chorych i specyalizacyi, skazaną na zniknięcie. Większość lekarzy oświadczyła jednak, że uważa system lekarzy domowych za konieczny. X.

Zmarli. Dr Roman Serkowski, lekarz powiatowy, w 41 r. ż. w Żywcu; Dr Salomon Aronowicz w Warszawie w 59 r. ż.; Dr Ignacy Wasserthal z Częstochowy w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Nowaczyński i Leclercq: Sérum hémolytique polyvalent. »C. R. Soc. de biol.« 1910. — Massol i Nowaczyński: Conservation et filtration de l'alexine du sérum de cobaye. »C. R. Soc. de biol.« 1910. — Simmonds: 1) Über Hodenblutungen. »Unna-Festschrift«. 2) Über Ausscheidungs-Tuberkulose. »Med.-kritische Blätter«. 3) Über Fibrosis testis. »Virchows Archiv.« 1910.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1910.

Gazeta lekarska Nr 50—53. Białokur: Objawy choroby Basedowa, jako oznaka zakażenia gruźliczego (50—52). — Karbowski: Długotrwałe znieczulenie krtani w gruźlicy podług metody R. Hoffmana (50). — Puławski: Przegląd najnowszego piśmiennictwa choroby Basedowa (50—51). — Konarzewska: Kilka słów o opsoninach i terapii wakcynowej (50). — Falgowski: O patologii i terapii obwisłości brzucha u kobiet (51—52). — Jaworski: Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich (w 50-tą rocznicę istnienia). — Jastrzębski: W sprawie odczynu Wassermanna (52). — Dzierżgowski: W sprawie odkażania rur wodociągowych i wody zapomocą chloru (52—53). — Belkowski: Porażenie Landryego w postaci poronnej (53).

Medycyna i Kronika lek. Nr 50—53. Chorążycki: Nowy sposób leczenia operacyjnego ropniaków zatoki szczękowej (50). — Bondy: O ostrych zapaleniach wsierdzia u dzieci (50—53).— Jaroszyński (dok. 50—51). — Hertz: W sprawie niedokrwistości złośliwej (51—53). — Lewin: Alkoholizm u żydów (50—51). — Klęsk: O związku narządów między sobą i opartem na nim nowoczesnem leczeniu chirurgicznem chorób wewnętrznych (52).— Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1908 (53). — Judt: Zaburzenia odżywiania u niemowląt karmionych piersią (53).

Tygodnik lek. Nr 49—52. A. Gluziński: Cięższe postacie niedokrewności a gruźlica wraz z kilkoma uwagami nad gruźlicą pochodzenia bydlęcego (typus bovinus) u ludzi (49—51). — Beck:

O galwanotropizmie. — Konopacki: Wpływ płynów hypertonicznych na zapłodnienie jaja jeżowców (49). — Reichenstein: Cukromocz i adrenalina (49—51). — Tomaszewski: Przypadek białaczki tucznokomórkowej (52).

Nowiny lek. Nr 12. Szymonowicz: Napoleon Cybulski — A. Beck: O lokalizacyi czucia bólu po częściowem zniszczeniu kory mózgowej. — Z. Bychowski: Różniczkowe rozpoznanie histeryi i pokrewnych cierpień organicznych. — W. Bylicki: O dowolnem ograniczaniu płodności kobiecej. — Majewski: Poprawa wzroku wskutek urazu. — Łazarewicz: O zamknięciu dwunastnicy pooperacyjnem. — J. Bieliński (c. d.). — J. Bieliński: Girsztowt Polikarp. — Fr. Chłapowski: William James.

Przegląd pedyatr. Z. IV. Rappel: Przyczynek do kazuistyki dziecięcych porażeń rdzeniowych z uwzględnieniem ich epidemiologii oraz patogenezy. — Michałowicz: Pobudliwość galwaniczna nerwów obwodowych w przebiegu błonicy. (Przyczynek do poznawania wpływu chorób zakaźnych na pobudliwość nerwową). — Chlumsky: Kilka słów o zabiegu operacyjnym przy ropniaku opłucnej (pyothorax). — Skorski: Przypadek dyzenteryi wywołanej przez laseczkę Shiga-Kruse. — Piasecki: III. Kongres międzynarodowy higienistów szkolnych w Paryżu.

Przegląd chorób skórn. i wener. Nr 10. Lenartowicz i Potrzobowski: O uczuleniu odczynu Wassermanna przez miareczkowanie dopełniacza. — Malinowski: Dalsze wyniki doświadczeń z preparatem Ehrlicha »606«. — Baschkopf: Ehrlich-Hata »606«.

Postęp okulistyczny Nr 11. Majewski (dok.). — Bychowski (dok.). — Noiszewski: 1) Skrzydlik i jego leczenie lekowe i ręczne. 2) Wypadek jaskry przy półpaścu ocznym.

Przegląd higieniczny Nr 12. Panek (c. d.).

Głos lekarzy Nr 24. Uchwały I. krajowego Zjazdu przemysłowo- balneologicznego. — Ankieta międzynar. w sprawie kary śmierci. — Gilnreiner (dok.). — Siegel: Czy Hata zmniejszy dochody lekarzy?

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. stycznia 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu z czynności w r. 1910.

Po posiedzeniu odbędzie się wieczerza koleżeńska, na którą zechcą się koledzy zgłaszać do Zarządu Towarzystwa ile możności wcześnie.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

L. 4.096.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady **lekarza okręgowego** z siedzibą w Grębowie w powiecie Tarnobrzeskim, rozpisuje się niniejszem konkurs stosownie do postanowień § 8 ustawy z 5 października 1906 Nr 148 Dz. u. i rozp. kraj.

Okręg sanitarny w Grębowie obejmuje 7 gmin z ludnością 11.856 mieszkańców na obszarze 191.24 klm. kw.

Chcący uzyskać tę posadę mają wykazać prócz dostatecznego fizycznego uzdolnienia. nadto następujące warunki:

1) Obywatelstwo austryackie;

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Nieskazitelny charakter; 401

4) Znajomość języków krajowych;

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

6) Nieprzekraczalny wiek lat 40.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada nadaną zostanie z dniem 1 marca 1911 prowizorycznie na rok jeden, aż po upływie tego czasu orzeczonem będzie, czy posada ma być stale nadaną.

Do posady przywiązana jest roczna płaca 1.200 Kor., płatna w ratach miesięcznych z góry, a nadto tytułem zwrotu kosztów na podróże służbowe roczny datek w wysokości 700 Kor. płatny w ratach kwartalnych z góry.

Podanie wnosić należy do Wydziału powiatowego najpóźniej do dnia 1 lutego 1911 r.

Tarnobrzeg, dnia 28 grudnia 1910.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Sekretarz: *Bielewicz.* Prezes: *Horodyński.*

LW. 149.772/10.

Ogłoszenie konkursu.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **sekundaryusza** w szpitalu powszechnym w Żywcu.

Kandydaci powinni najpóźniej do 31-go stycznia 1911. wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

1) Metryki urodzenia dla udowodnienia nieprzekroczenia 40-go roku życia;

2) Dowodu obywatelstwa austryackiego;

3) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich uzyskanego na jednej z wszechnic Monarchii austryackiej, upoważniającego do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązaną: 361

a) płaca o rocznych 1.200 Kor.

b) prawo do trzech dodatków pięcioletnich w wysokości 15% płacy.

We Lwowie, dnia 23 grudnia 1910.

Piotrowski.

L. 2.080/910.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Skałacie rozpisuje konkurs na posadę **lekarza okręgowego** z siedzibą w Tarnorudzie, do której przywiązana jest roczna płaca 200 Kor. i ryczałt na koszta podróży w kwocie 800 Kor. z prawem do emerytury.

Do okręgu powyższego należą miejscowości: Tarnoruda, Czerniszowka, Orzechowiec, Kaczanówka, Iwanówka, Rożyska, Turowka. Faszczówka, Łuka mała, Kokoszyńce, Koznia, Stawki o ludności 15.896 dusz.

Lekarz obwodowy w Tarnorudzie obowiązany jest utrzymywać aptekę domową.

Podania o tę posadę wnosić należy do Prezydyum Rady powiatowej w Skałacie do dnia 31 stycznia 1911 zaopatrzone w dokumenta stwierdzające:

1) Fizyczną zdatność petenta; 459

2) Obywatelstwo austryackie;

3) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) Nieskazitelny charakter;

5) Znajomość języków krajowych;

6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

7) Nieprzekraczalny wiek lat 40.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, lub egzaminem fizykackim.

W Skałacie, dnia 19 grudnia 1910.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Prezes Rady powiatowej: *Piniński.*

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.